UNIVERSITEIT
GENT
Vakgroep
Orthopedagogiek

EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR ZORGBEHOEFTEN VAN EEN AANTAL DRUGGEBRUIKERS EN HUN TEVREDENHEID OVER HET BESTAANDE HULPVERLENINGSAANBOD

Joke De Wilde
Wouter Vanderplasschen

Promotor:
prof. dr. Eric Broekaert

Een onderzoeksproject in opdracht van:

VAD



Vlaamse Gemeenschap

Voorwoord

Het beleidsplan van VAD (1999-2001) voorziet concept- en methodiekontwikkeling, wat zowel theorievorming inhoudt als de ontwikkeling van nieuwe concepten en modellen. Hiermee willen we onze werking wetenschappelijk onderbouwen en inspelen op een aantal maatschappelijke ontwikkelingen.
De beoogde reorganisatie van de verslaafdenzorg en de vorming van zorgcircuits vormde de concrete aanleiding tot dit onderzoek. Niet de voorzieningen, maar de cliënt met zijn zorgvraag staan in deze reorganisatie centraal. Het principe van 'zorg op maat' kan echter niet verwezenlijkt worden zonder een zicht te krijgen op de concrete noden en behoeften van cliënten met middelenmisbruik. Over de subjectieve hulpvraag van cliënten is tot op heden nauwelijks informatie beschikbaar.
Met dit beperkt exploratief onderzoek willen wij een aanzet geven tot methodiekontwikkeling, omdat dit soort onderzoek nog in volle ontwikkeling is. We hopen dat dit project een vervolg kent in een uitgebreider onderzoek naar zorgbehoeften van cliënten met middelenmisbruik.
Aan de vakgroep orthopedagogiek van de Universiteit Gent onder leiding van prof. dr. E. Broeckaert werd gevraagd om dit project te begeleiden. Voorliggend rapport is het resultaat van dit onderzoeksproject.

Marijs Geirnaert
directeur VAD

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)
E. Tollenaerestraat 15
1020 Brussel
Tel: 02-423.03.33
Fax: 02-423.03.34
e-mail: vad@vad.be
website: www.vad.be

Inhoud

Inleiding

Voorliggend rapport vormt het verslag van een kleinschalig onderzoek naar de zorgbehoeften van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod. Dit onderzoek werd eind 2001 uitgevoerd door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) in samenwerking met de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent. Omdat in het kader van de MSOC-evaluatiestudie met dezelfde bedoeling reeds een aantal focusgroepen plaatsvonden met MSOC- en niet-MSOC-cliënten in Gent en Oostende werd tevens samengewerkt met de onderzoeksgroep van prof. B. De Ruyver.

Dit onderzoek is vooral exploratief van aard en houdt het midden tussen een behoefte- en tevredenheidsonderzoek. We willen immers niet alleen de tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod nagaan, maar willen ook peilen naar zorgbehoeften waar nu niet of onvoldoende op ingespeeld wordt. Bij een behoefteonderzoek is het de bedoeling om te achterhalen wat de cliënt echt wil als hij zelf de gelegenheid krijgt om vorm te geven aan de zorg (Molenberghs & Vandersmissen, 2000). Dit wordt als een essentiële component gezien van de planning binnen de geestelijke gezondheidszorg. Tevredenheidsonderzoek heeft vooral de bedoeling om na te gaan wat cliënten vinden van de verkregen hulp en hoe zij die hulp waarderen. Het onderzoek geeft op die manier een indicatie voor de kwaliteit van de zorg (van Wijngaarden et al., 2001).
Een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van zorgbehoeften van gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg is echter geen evidente opdracht. Niet iedereen is immers in staat om – zonder de bijdrage van een hulpverlener – zijn hulpvraag of zorgbehoefte te verwoorden en veel cliënten formuleren hun hulpvraag in termen van het bestaande aanbod (Vanderplasschen et al., 2001a). Een vrij aanzienlijke groep blijkt zich bovendien niet bewust van zijn zorgbehoeften (Fountain et al., 2000).

Bij de beoogde reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg vormt de hulpvraag van de cliënt één van de voornaamste uitgangspunten (Knapen & Van Holsbeke, 1997). De bedoeling van deze koerswijziging is een overgang van een aanbodgestuurde zorg naar een meer vraaggerichte zorg op maat van cliënten (Vanderplasschen et al., 2001a). Ook in de recente beleidsnota voor de geestelijke gezondheidszorg wordt deze nieuwe visie gepromoot waarbij de cliënt en zijn zorgvraag centraal staan, samen met het recht op participatie (Aelvoet, 2001). Ook een aantal visieteksten over de toekomstige organisatie van de verslavingszorg zijn gebaseerd op de idee van een meer vraaggerichte zorg en het recht op meer inspraak voor cliënten (VAD, 2001; Vanderplasschen et al., 2001a).
Om beter aan te sluiten bij de zorgvraag van cliënten en aldus meer zorg op maat te bieden, vormt het beluisteren en opsporen van noden en behoeften van cliënten en hun omgeving een essentiële opdracht. Vanuit het beleid wordt gesuggereerd om hierbij een onderscheid te maken tussen volgende doelgroepen: jongeren, volwassenen en ouderen (Aelvoet, 2001). Bovendien vragen een aantal specifieke subgroepen extra aandacht, met name verslaafden, geïnterneerden en personen met een handicap met ernstige gedragsstoornissen. Voor elk van deze doelgroepen moet een specifiek en geïntegreerd zorgaanbod uitgebouwd worden onder de vorm van een zorgcircuit (Knapen & Van Holsbeke, 1997; Aelvoet, 2001). Een zorgcircuit is het geglobaliseerd zorgaanbod in een bepaalde regio dat een antwoord moet bieden op alle zorgvragen van een bepaalde doelgroep met de garantie van zorg op maat en zorgcontinuïteit (Nassen et al., 1999).

Momenteel ontbreekt het echter aan epidemiologische gegevens over de omvang van geestelijke gezondheidsproblemen en over de subjectieve hulpvraag van deze cliënten is nauwelijks informatie beschikbaar (Aelvoet, 2001). Dit geldt a fortiori voor drugproblemen. Bovendien bestaat geen consensus over wat behoefteonderzoek nu juist inhoudt en op welke manier dergelijk onderzoek aangepakt moet worden. De minister van volksgezondheid

wijst op de noodzaak van een nationaal behoefteonderzoek waarbij zorgbehoeften gemeten worden door een bevraging van cliënten en hulpverleners (ibid.).
Ook vanuit de werkgroep "zorgcircuit problematisch druggebruik" wordt een behoefte-analyse als een belangrijke voorwaarde gezien voor de uitbouw van een zorgcircuit (VAD, 2001). Het behoefte- en tevredenheidsonderzoek binnen de verslavingszorg is immers beperkt. Informatie hierover moet dan ook afgeleid worden uit een aantal indirecte indicatoren zoals kenmerken van personen die een vraag stellen naar behandeling (cf. Vanderplasschen et al., 2001b), gegevens over druggerelateerde morbiditeit en mortaliteit (cf. Leurquin et al., 2001), gegevens over de mate van last en nood aan hulp op de verschillende ASI-leefgebieden (cf. De Sleutel, 2001) of ethnografisch onderzoek bij druggebruikers die niet in contact komen met de hulpverlening (cf. Decorte, 2001). Over het algemeen worden druggebruikers echter zeer weinig geconsulteerd (Arden, 2002; Vanderplasschen & De Wilde, 2002).

De bedoeling van dit onderzoek is dan ook om een beter zicht te krijgen op de zorgbehoeften van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod. Hiertoe werd een aantal focusgroepen georganiseerd met druggebruikers die momenteel niet in contact komen met de categoriale drughulpverlening en met druggebruikers die een beroep doen op de laagdrempelige, ambulante drughulpverlening.

Voorliggend onderzoeksrapport bestaat uit vier hoofdstukken:

- In het *eerste hoofdstuk* wordt een overzicht gegeven van het bestaande behoefte- en tevredenheidsonderzoek in België en Nederland en wordt het onderzoek gesitueerd. Tevens wordt de internationale literatuur verkend op zoek naar behoefte- en tevredenheidsonderzoeken bij (specifieke groepen) druggebruikers.
- In het *tweede hoofdstuk* wordt de onderzoeksmethodologie beschreven, waarbij onder meer stilgestaan wordt bij de selectie en kenmerken van de proefgroep, gevolgde procedure, gebruikte instrumenten en de manier waarop de onderzoeksgegevens geanalyseerd werden. Bovendien wordt aandacht besteed aan een aantal beperkingen van voorliggend onderzoek.
- Het *derde hoofdstuk* betreft de weergave van de onderzoeksresultaten. Eerst worden de voornaamste bevindingen uit de focusgroepen beschreven. Vervolgens worden de resultaten van de secundaire analyse van de focusgroepen uit de MSOC-evaluatiestudie (Gent – Oostende) beknopt weergegeven.
- In *hoofdstuk vier* worden ten slotte de belangrijkste bevindingen op een rijtje gezet en vergeleken met andere binnen- en buitenlandse onderzoeken. Tevens worden een aantal aanbevelingen geformuleerd in functie van verder onderzoek.

Aan het eind van deze inleiding willen we nog wijzen op een aantal beperkingen van voorliggend onderzoek. Vooreerst betreft het een exploratief onderzoek, gezien nog maar weinig bekend is over behoefte- en tevredenheidsonderzoek bij druggebruikers en dit soort onderzoek nog in volle ontwikkeling is. Een tweede beperking betreft de geringe omvang van de doelgroep, wat voornamelijk toe te schrijven is aan de korte duur van het onderzoeksproject (van 8 oktober tot 31 december 2001). Gezien het kleine aantal respondenten kan deze groep ook niet als representatief beschouwd worden voor een bepaalde groep druggebruikers. Door de selectie van een aantal personen uit verschillende provincies, die respectievelijk wel en niet in contact komen met de drughulpverlening, hebben deze onderzoeksbevindingen hooguit een indicatieve waarde. Een meer uitgebreide kwantitatieve en kwalitatieve analyse van de zorgbehoeften en tevredenheid van een representatieve groep druggebruikers die niet ofwel regelmatig in contact komt met de drughulpverlening zal noodzakelijk zijn om een meer nauwkeurige en betrouwbare inschatting te maken van de zorgbehoeften van druggebruikers en hun tevredenheid over het beschikbare zorgaanbod.

Momenteel wordt dit VAD-onderzoek verder uitgebreid en verdiept door twee laatstejaarsstudenten orthopedagogiek (Ann Sergeant en Tina Van Havere) in het kader van een licentiaatverhandeling. Tijdens 9 bijkomende focusgroepen werd gepeild naar de zorgbehoeften en tevredenheid van druggebruikers die in behandeling zijn in meer hoogdrempelige initiatieven (crisisinterventiecentra, kortdurende therapeutische programma's en psychiatrische ziekenhuizen). Op die manier werden in totaal nog eens ruim vijftig druggebruikers bevraagd.

Ten slotte willen we alle druggebruikers bedanken die aan het onderzoek hebben meegewerkt en ook de belangengroepen en ambulante voorzieningen waar ze gerecruteerd werden. Tevens willen we een speciaal woord van dank richten aan prof. B. De Ruyver en Freya Van der Laenen voor het beschikbaar stellen van de onderzoeksgegevens uit de MSOC-evaluatiestudie, zodat deze aan een secundaire analyse onderworpen konden worden en aldus als een soort controlegroep fungeerden voor de door ons bevraagde druggebruikers.

Verdere informatie over dit onderzoek kunt u bekomen bij Geert Verstuyf (VAD) of bij Joke De Wilde (Universiteit Gent):

Geert Verstuyf
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)
E. Tollenaerestraat 15
1020 Brussel
Tel: 02/422 03 04
Fax: 02/423 03 34
E-mail: geert.verstuyf@vad.be

Joke De Wilde
Universiteit Gent
Vakgroep Orthopedagogiek
H. Dunantlaan 2
9000 Gent
Tel: 09/264 63 63
Fax: 09/264 64 91
E-mail: joke.dewilde@rug.ac.be

1. Situering en probleemstelling

De gerichtheid op de zorgvraag van de cliënt hangt samen met een meer algemeen streven naar meer kwaliteit (Knapen & Van Holsbeke, 1997). Ook in de internationale literatuur wordt meer en meer aandacht besteed aan zorgkwaliteit en evaluatie van de hulpverlening (cf. Vanderplasschen et al., 2002).
Aspecten die verband houden met zorgkwaliteit in de verslavingszorg zijn: coördinatie, continuïteit, effectiviteit en efficiëntie (de Weert-Van Oene & Schrijvers, 1992). *Coördinatie* verwijst naar het afstemmen van de zorg op de noden van cliënten, terwijl *continuïteit* betrekking heeft op de opvolging van het hulpverleningsproces. *Effectiviteit* betreft de resultaten van een bepaalde interventie of hulpverleningsvorm, terwijl *efficiëntie* verwijst naar de middelen die hieraan besteed worden. Meer en meer wordt cliëntwaardering ingeschakeld als één van de maatstaven voor kwaliteitsvolle zorg (van Wijngaarden et al., 2001).
Evaluatieonderzoek in de verslavingszorg blijft in ons land voorlopig beperkt tot een aantal specifieke werkvormen zoals medisch-sociale opvangcentra (Pelc et al., 2001) en therapeutische gemeenschappen (Broekaert et al., 1999). Dergelijke evaluaties zijn meestal gebaseerd op een aantal objectieve indicatoren (bv. retentie in het programma, outcome van de behandeling), terwijl slechts af en toe subjectieve indicatoren gehanteerd worden zoals het oordeel van hulpverleners of cliënten. Slechts in een beperkt aantal onderzoeken wordt het cliëntperspectief betrokken (De Ruyver et al., 2001).

In wat volgt wordt stilgestaan bij een aantal behoefte- en tevredenheidsonderzoeken in België en Nederland, zowel in de geestelijke gezondheidszorg als de verslavingszorg. Daarna spitsen we ons specifiek toe op internationale literatuur inzake zorgbehoeften van druggebruikers en hun tevredenheid over bepaalde hulpverleningsvormen. Hierbij richt men zich meestal tot een aantal specifieke doelgroepen. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt de vraagstelling bij dit onderzoek duidelijk omschreven.

1.1. Behoefte- en tevredenheidsonderzoek binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in België en Nederland

1.1.1. De geestelijke gezondheidszorg

Hoewel in een aantal regio's en in een aantal specifieke sectoren reeds een aanzet werd gegeven tot het opstarten van behoefte- of tevredenheidsonderzoek, blijft dit soort onderzoek binnen de geestelijke gezondheidszorg in België voornamelijk beperkt tot het nationaal behoefteonderzoek van Molenberghs en collega's (Horowitz, 2000; Molenberghs & Vandersmissen, 2000). Dit is een tweeledige studie waarbij een inschatting gemaakt wordt van de zorgbehoeften van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg op basis van de visie van respectievelijk hulpverleners en cliënten.
Het grootste luik van het onderzoek betrof de bevraging van 513 professionele hulpverleners aan de hand van een vragenlijst met de bedoeling na te gaan hoe zij de hulpvraag van hun cliënten inschatten (Molenberghs & Vandersmissen, 2000). Eén van de belangrijkste conclusies was dat hulpverleners vinden dat het hulpaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg op dit moment te beperkt is. Volgens deze hulpverleners bestaan de diensten en voorzieningen waar de cliënt echt nood aan heeft niet of slechts in beperkte mate en zijn er ook te lange wachtlijsten in voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Bovendien vond men dat voor veel cliënten de nood aan behandeling voor psychische of psychiatrische problemen onvoldaan bleef.
Tijdens het tweede deel van deze studie werd de bevolking bevraagd naar de eigen behoeften aan de hand van diepte-interviews en focusgroepen (Horowitz, 2000). Volgende thema's kwamen hierbij aan bod: informatie, naleving van rechten, sociale erkenning, financiële en materiële toestand, toegankelijkheid van diensten, samenwerking tussen hulpverleners, zorgcontinuïteit en de relatie tussen hulpverleners en gebruikers van de

geestelijke gezondheidszorg. De elementen die tijdens deze interviews en focusgroepen naar voor kwamen, werden omgevormd tot een vragenlijst die kon worden toegepast op een steekproef van de doelgroep. Deze vragenlijst mag niet gezien worden als een doel op zich, maar als één van de ultieme middelen ter verificatie. Een belangrijke beperking van dit onderzoek betreft echter het beperkt aantal respondenten en het feit dat druggebruikers niet of nauwelijks vertegenwoordigd waren in deze steekproef.
Volgens de bevraagde cliënten zijn niet de structuren ontoereikend, maar wel hun toegankelijkheid die onder meer belemmerd wordt door een gebrek aan informatie, de hoge kostprijs en stigmatisering (Horowitz, 2000). Bovendien vinden gebruikers van voorzieningen het gebrek aan voorzieningen zelf niet het belangrijkste. Hiermee wordt bevestigd wat ook reeds uit andere onderzoeken is gebleken, namelijk dat hulpverleners over het algemeen een andere visie hebben op de behoeften van patiënten dan patiënten zelf (Molenberghs & Vandersmissen, 2000).

In Nederland heeft men reeds een langere traditie van behoefte- en tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg (inclusief de verslavingszorg), wat zich recent heeft vertaald in de ontwikkeling van de "Thermometer", een instrument om de cliëntwaardering te meten (van Wijngaarden et al., 2001). Bij deze tevredenheidsmeting wordt op basis van een vragenlijst die 17 items omvat, gepeild naar volgende thema's: informatieverstrekking, het hebben van keuzemogelijkheden, het zorgproces (zorgplan en bejegening) en de uitkomsten van de zorg (Van Kerkhof, 2001). Tijdens een pilootstudie is deze "Thermometer" een bruikbaar instrument gebleken om op korte termijn een indicatie te krijgen van de tevredenheid van cliënten over de ontvangen zorg. Het is de bedoeling om deze vragenlijst in de toekomst te laten invullen na afsluiting van de zorg of bij overgang tussen twee zorgfasen (Kok, 2001). Dit vormt een goed uitgangspunt om met zorgverleners en cliënten te discussiëren over de kwaliteit van de geleverde zorg.

1.1.2. De verslavingszorg

Eén van de eerste onderzoeken in België waarbij rekening gehouden wordt met het perspectief van druggebruikers betreft de pas afgeronde MSOC-evaluatiestudie (Pelc et al., 2001). Uit het deelrapport over de situatie in Gent en Oostende blijkt dat vier focusgroepen plaatsvonden met in totaal 41 druggebruikers, waarbij ongeveer de helft van de respondenten MSOC-cliënten waren en de overige respondenten geen cliënten waren van het MSOC (De Ruyver et al., 2001) (cf. tabel 1). Druggebruikers die geen contact hadden met de medisch-sociale opvangcentra werden bereikt via het straathoekwerk. Tijdens de focusgroepen werden cliënten en niet-cliënten van het MSOC afzonderlijk bevraagd.

Tabel 1: Overzicht van het aantal deelnemers aan de focusgroepen in Gent en Oostende (De Ruyver et al., 2001)

	Gent (n=13)	Oostende (n=28)
MSOC-cliënten	7	13
Niet MSOC-cliënten	6	15

Tijdens de focusgroepen werd vooral gepeild naar de tevredenheid van cliënten over het hulpverleningsaanbod van de medisch-sociale opvangcentra[1]. Hieruit blijkt dat druggebruikers een duidelijk beeld hebben over een aantal essentiële parameters van "goede hulpverlening" (De Ruyver et al., 2001). Cliënten en niet-cliënten zien hun welzijn verbonden met de zorg voor basisbehoeften, zoals verdeling van voedselpakketten, condoomverstrekking, de was kunnen doen, ... Ondersteuning bij concrete vragen op het vlak van wonen, werken en sociaal functioneren beschouwt men als prioritair. Men gaat ervan uit dat eerst en vooral de basisbehoeften gevrijwaard moeten worden en dat men dan pas kan overgaan tot "hogere" doelstellingen, zoals afbouw van medicatie en inzichtgevende begeleidingsgesprekken. Vooral een open, aanvaardende houding van hulpverleners, het aanbieden van een luisterend oor en de kwaliteit van de gesprekken worden gewaardeerd door cliënten van het MSOC.

Naast focusgroepen werd ook gebruik gemaakt van een vragenlijst (Client Satisfaction Questionnaire) om de tevredenheid over de geboden hulp na te gaan. In het MSOC Gent vulden 47 druggebruikers deze vragenlijst in, terwijl dit in het MSOC van Oostende door 38 personen gedaan werd.
De respondenten beoordeelden vooral de laagdrempelige werking van het MSOC positief, terwijl men heel wat kritiek had ten aanzien van meer hoogdrempelige voorzieningen, voornamelijk omwille van het grote verschil in cultuur tussen druggebruikers en de voorzieningen waar ze terecht komen (De Ruyver et al., 2001). Voor deze cliënten zijn vooral de medische aspecten van de hulpverlening en gezondheidsbevordering belangrijk, terwijl therapie voor hen slechts secundair is. Tevens gaven de MSOC-cliënten ook een aantal elementen aan die volgens hen voor verbetering vatbaar zijn: de hulpverleners van de MSOC's zouden meer tijd voor hen moeten vrijmaken, de MSOC's zouden 's avonds en in het weekend meer toegankelijk moeten zijn en er is nood aan meer privacy en inspraak in interne procedures.
Onder de MSOC-cliënten bestaat ook geen eenduidige visie over methadonbehandeling. Sommige cliënten hebben kritiek op de methadondosissen, terwijl anderen aanmerkingen hebben bij de manier waarop de methadonverstrekking georganiseerd wordt: de uren waarop methadon verstrekt wordt zouden ruimer kunnen, zeker 's avonds en in het weekend; cliënten willen ook meer samenspraak met de behandelende arts over de indicatiestelling en dosering van methadon; een aantal onder hen zijn ook erg bezorgd over de lange termijneffecten van methadon en hadden daar graag meer informatie over (De Ruyver et al., 2001).

Op basis van de EuropASI (Europese versie van de Addiction Severity Index) kunnen we ons onder meer een beeld vormen over de subjectieve inschatting van bepaalde druggerelateerde problemen door druggebruikers (Keymeulen & Raes, 1999). In de EuropASI wordt namelijk nagegaan in welke mate druggebruikers "last hebben van" en "nood hebben aan behandeling voor" problemen inzake lichamelijke en psychische gezondheid, tewerkstelling, alcohol, drugs, justitie en familie en sociale relaties.
Uit de jaarverslagen van vzw De Sleutel (De Sleutel, 2001) blijkt dat de meeste cliënten op het moment van de indicatiestelling "nogal tot erg veel" last hebben van en "nogal tot erg veel" belang hechten aan behandeling voor hun druggebruik (resp. 58.7% en 64.1%) en psychische en emotionele klachten (resp. 46.4% en 39.9%). Andere leefgebieden waarover meer dan een vijfde van de cliënten een hulpvraag stellen zijn justitiële problemen (27.9%), familiale problemen (24.7%), problemen inzake arbeid, inkomen en opleiding (22.4%) en lichamelijke gezondheid (21.9%). Uit de berekening van de ernstscores voor de verschillende leefgebieden blijkt dat begeleiders de nood aan behandeling op een bepaald leefgebied over het algemeen hoger inschatten dan cliënten. Uit deze inschatting door hulpverleners blijkt dat zij naast de drugproblemen en psychische klachten ook veel belang

[1] Voor een meer uitvoerige bespreking van de resultaten van de MSOC-evaluatiestudie verwijzen we naar de secundaire analyse van de focusgroepen met druggebruikers in Gent en Oostende (cf. hoofdstuk 3.2).

hechten aan de familiale en sociale relaties, justitiële situatie en tewerkstelling bij het bepalen van de prioriteiten van de behandeling.

Binnen de verslavingszorg in Nederland vond een aantal jaren geleden een opmerkelijk behoefte- en tevredenheidsonderzoek plaats onder cliënten van het Boumanhuis en de stichting Symbion met de veelzeggende titel "Je wordt als junk behandeld" (Consonant, 1997). Naar aanleiding van een schaalvergroting binnen de categoriale drughulpverlening in Rotterdam (fusie tussen stichting Symbion en het Boumanhuis) werd een onderzoek gedaan naar de afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod. Hiertoe werd een aantal focusgroepen georganiseerd met in totaal 80 cliënten. De bedoeling was om een levendig en actueel beeld te verkrijgen van de motieven, belangen, behoeften en denkwijzen van de doelgroep waarop deze voorzieningen zich richten. Aansluitend bij de focusgroepen werden ook twee korte vragenlijsten afgenomen.
Eén van de kernbevindingen uit dit onderzoek was dat cliënten het initiatief waarderen om te luisteren naar hun ideeën en denkbeelden en samen op zoek te gaan naar een betere relatie. De relatie met hulpverleners wordt wisselend beoordeeld, maar over het algemeen vindt men deze relatie voor verbetering vatbaar. Enerzijds heeft men waardering voor de individuele relatie met de begeleider, maar anderzijds uit men veel en harde kritiek over het gebrek aan respect dat ze menen te ontvangen van het Boumanhuis of Symbion. Als gevolg van deze situatie voelen veel cliënten zich niet als een verantwoordelijk individu benaderd, maar veeleer als een nummer, kleuter, junk of alcoholist. Een diep geworteld gevoel van onrecht wordt hierbij uitgesproken, hoewel cliënten zich realiseren dat zij zelf regelmatig lastig en manipulatief zijn (Consonant, 1997).
Wat de behoeften van deze cliënten betreft, valt op dat ze het over het algemeen niet wenselijk vinden om geconfronteerd te worden met andere verslaafden en dat men zowel bij ambulante contacten als tijdens residentiële behandelingen behoefte heeft aan meer privacy. Ook de methadonverstrekking geeft aanleiding tot discussie, omdat veel cliënten de afhankelijkheid van dit middel als een echte "gevangenis" ervaren. Men suggereert bovendien om het methadonbeleid geheel los te koppelen van het bestaande hulpverleningsaanbod. Tevens stelt men een breed levende behoefte vast aan snelle en concrete hulp, onder meer op het vlak van juridische bijstand, huisvesting en schuldsanering. Ten slotte blijkt verveling een belangrijk probleem bij heel wat druggebruikers, waarbij een duidelijke vraag bestaat naar meer (dag)activiteiten zonder therapeutische bedoeling (Consonant, 1997).

1.2. Behoefte- en tevredenheidsonderzoek binnen de verslavingszorg in het buitenland

De beperkte aandacht voor het perspectief van druggebruikers wordt ook duidelijk uit het geringe aantal publicaties in de internationale literatuur (cf. Web of Science, Psychinfo, Medline). De onderzoeken die aan de hand van deze databanken teruggevonden konden worden, betreffen meestal een combinatie van tevredenheids- en behoefteonderzoek, waarbij druggebruikers hun visie geven op het bestaande hulpverleningsaanbod en ook een aantal aanbevelingen doen voor verandering op basis van de door hen ervaren noden en behoeften. Omdat de context een niet onbelangrijke rol speelt bij dit soort onderzoek, wordt telkens aangegeven in welk land of staat de studie gebeurde. Heel wat van deze onderzoeken hebben betrekking op een aantal specifieke doelgroepen, zoals allochtone druggebruikers, druggebruikende zwangere vrouwen en moeders en druggebruikers met een bijkomende psychiatrische problematiek.

1.2.1. Zorgbehoeften en tevredenheid van druggebruikers in het algemeen

Verenigd Koninkrijk

Neale (1998a) merkt op dat het meeste onderzoek beperkt blijft tot het perspectief van hulpverleners op het hulpverleningsaanbod, maar dat er bijzonder weinig aandacht is voor het perspectief van druggebruikers zelf. Het bestaande onderzoek is bovendien meestal gericht op een bepaalde hulpverleningsvorm (bv. zelfhulpgroepen, huisvestingsprojecten, methadoncentra, ...), zonder het totaalbeeld van het bestaande hulpverleningsaanbod in overweging te nemen.

In haar onderzoek maakt Neale (1998a) gebruik van semi-gestructureerde interviews bij 124 Schotse druggebruikers om hun perspectief van en ervaringen met hulpverleningsinstanties in kaart te brengen. De keuze voor diepte-interviews was ingegeven door het feit dat soms gevoelige thema's aan bod kwamen, die gemakkelijker besproken worden in een persoonlijk interview dan in een groepsgesprek.

Eén van de voornaamste bevindingen uit dit onderzoek is dat over het algemeen een grote consensus bestaat tussen wat druggebruikers goed en minder goed vinden aan bepaalde centra (Neale, 1998a). Bovendien wordt duidelijk dat druggebruikers andere verwachtingen hebben ten opzichte van verschillende centra en dat het perspectief van mannen en vrouwen en hun voorkeur voor bepaalde centra duidelijk verschilt.

Professionalisme, het aanbod van een brede waaier aan diensten, een goede toegankelijkheid (bv. openingsuren, locatie), een respecterende houding van hulpverleners, het bevorderen van een eerlijke, open relatie en de bereidwilligheid om te luisteren en hen te steunen zijn aspecten die druggebruikers positief evalueren aan de drughulpverlening. Anderzijds worden een tekort aan professionalisme, een negatieve, onrespectvolle houding van hulpverleners ten opzichte van druggebruikers en het contact met andere druggebruikers in wachtzalen negatief beoordeeld. De respondenten vinden het erg belangrijk om raad te krijgen van ex-druggebruikers en verwachten niet dat één enkele hulpverlener instaat voor alle aspecten van het hulpverleningsproces. Volgens Neale (1998a) moet dan ook gezocht worden naar een systeem waarbij verschillende disciplines elk met hun specifieke en aanvullende taak samenwerken. Ten slotte hebben heel wat druggebruikers kritiek op de substitutiebehandeling in de gevangenis en meer algemeen op de hulpverlening bij het ontslag uit de gevangenis.

Aan de hand van een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden probeerden Fountain en haar collega's (2000) zicht te krijgen op de behoeften en tevredenheid van druggebruikers uit zuidoost-Londen. Ze maakten hierbij gebruik van drie verschillende instrumenten: een gestructureerde 'client satisfaction survey' (n=333); een vragenlijst met open vragen die werd afgenomen bij druggebruikers die niet in behandeling zijn (n=88); drie focusgroepen respectievelijk met jonge druggebruikers die niet in behandeling zijn (n=14), met vrouwen in behandeling (n=7) en met mannen in behandeling (n=11).

De bedoeling van dit onderzoek was vooral om de bruikbaarheid van een combinatie van onderzoeksmethoden aan te tonen bij de gegevensverzameling over zorgbehoeften en tevredenheid van druggebruikers (Fountain et al., 2000). De onderzoekers waarschuwen echter voor generalisatie van de onderzoeksresultaten, omdat de participanten niet "ad random" geselecteerd werden. De voornaamste bevindingen betreffen de grote ontevredenheid over de attitude van dokters in de meeste voorzieningen en de onvrede met methadonprogramma's omwille van de lange wachtlijsten. Het onderzoek bracht ook aan het licht dat er heel wat barrières bestaan, die mensen ervan weerhouden in behandeling te gaan. Zo geloven problematische druggebruikers dat de drughulpverlening hen niets te bieden heeft.

In het onderzoek van Fleming (2001) wordt dieper ingegaan op de rol die behandelingscentra spelen bij de motivatie voor en retentie in behandeling. Het onderzoek bestond uit een combinatie van 12 focusgroepen en 17 diepte-interviews met in totaal 73

opiaatafhankelijke druggebruikers. Factoren die verband houden met drop-out zijn onder meer de bevooroordeelde houding van drughulpverleners, scepticisme over de effectiviteit van bepaalde interventies op basis van het falen van personen in hun omgeving, het gebrek aan privacy, de uiteenlopende noden van druggebruikers en de "one-size fits all"-benadering (Southwell, 2002). De belangrijkste aanbeveling die uit dit onderzoek naar voor komt is dan ook het meer betrekken van druggebruikers bij het uitbouwen van de drughulpverlening (Fleming, 2001).

Verenigde Staten

Reeds in 1992 voerden Schottenfeld en zijn collega's onderzoek uit naar de rol die tewerkstellingsproblemen spelen bij druggebruikers en de invloed van tewerkstellings-programma's op cliënten in behandeling in een ambulante of residentiële setting. Volgens deze onderzoekers is het hebben van werk essentieel voor een succesvolle rehabilitatie, maar ondanks de behoefte aan hulp bij het zoeken naar werk bij druggebruikers, blijkt dit over het algemeen niet voorhanden.
Verschillende oorzaken kunnen immers aan de basis liggen van tewerkstellingsproblemen zoals gezondheidsproblemen, psychische problemen, het hebben van een strafblad, moeten zorgen voor kinderen, vervoersproblemen, gebrek aan motivatie, beperkte scholing of vroegere periodes van werkloosheid. Aangepaste interventies of tewerkstellingsprogramma's zijn dan ook noodzakelijk, maar het succes van dergelijke interventies en programma's blijkt afhankelijk van de juiste afstemming op de behoeften van cliënten (Schottenfeld et al., 1992). Hulp bij tewerkstellingsproblemen is vooral zinvol voor langdurig werkloze druggebruikers en personen die er niet in slagen hun werk te behouden.

Fiorentine (1998) verrichtte onderzoek naar zorgbehoeften van druggebruikers en testte hierbij de "distal needs"-hypothese, die stelt dat indien een behandeling van druggebruikers effectief wil zijn, men ook aandacht moet hebben voor achterliggende behoeften van cliënten ("distal needs"), onder meer in verband met werk, gezondheid en huisvesting. De hypothese werd getest door het effect van niet opgeloste en dringende behoeften in verband met familie, huisvesting, lichamelijke en geestelijke gezondheid, justitie en tewerkstelling na te gaan op de betrokkenheid bij de behandeling en de uitkomst ervan.
Voor de gegevensverzameling werden van 330 cliënten in 26 ambulante behandelingscentra in de buurt van Los Angeles in totaal drie interviews (Client Needs-Services-Outcomes Questionnaire (CNSOQ)) afgenomen: één tijdens de behandeling, één ongeveer zes maanden na het eerste interview en een laatste interview 24 maanden later.
De resultaten van het onderzoek lijken de "distal needs"-hypothese slechts weinig te ondersteunen. Het invullen van bepaalde behoeften van cliënten (zoals huisvesting of tewerkstelling) blijkt hun problemen niet op te lossen, behalve het aanbieden van medische hulp. De uitkomst van de behandeling bleek niet te verschillen bij cliënten bij wie dringende "distal needs" respectievelijk wel en niet opgelost werden. Dit onderzoek geeft aan dat een behandeling ook zinvol kan zijn zonder dat men aandacht heeft voor zogenaamde "distal needs" van de cliënt en dat het belangrijk is om meer te focussen op de eigenlijke behandeling, zodat het effect ervan verhoogd kan worden (Fiorentine, 1998).
We willen echter aangeven dat een belangrijke storende variabele het feit was dat de meeste respondenten reeds een tijdlang in behandeling waren. Dit helpt allicht de eerder onverwachte resultaten van dit behoefteonderzoek verklaren, gezien de meeste publicaties er juist op wijzen dat men aandacht moet hebben voor achterliggende problemen die samenhangen met druggebruik (McLellan et al., 1993; Siegal, 1998; Vanderplasschen et al., 2001c).

Ook de resultaten van het onderzoek van Hser en collega's (1999) spreken de bevindingen van Fiorentine tegen en wijzen op het belang van het inspelen op dringende zorgbehoeften met het oog op het verbeteren van de resultaten van behandeling. Op basis van interviews bij aanvang van de behandeling en een follow-up interview 6 maanden later ging men bij 171 druggebruikers uit Los Angeles na in welke mate tijdens de behandeling ingespeeld werd op

hun voornaamste zorgbehoeften. Er werd deze personen onder meer gevraagd welke hulp zij voor henzelf het meest belangrijk vonden en welke hulp ze ook effectief hadden gekregen: medische hulp, juridische hulp, kinderopvang, hulp in verband met tewerkstelling of bij het zoeken van een huis, ...
De resultaten maken duidelijk dat hulp in verband met tewerkstelling, transport, zoeken naar een huis en medische hulp het meest gewenst waren, maar dat een duidelijke discrepantie bestond tussen het aantal personen dat om deze hulp verzocht en deze ook effectief ontving (Hser et al., 1999). Het inspelen op de zorgbehoeften van cliënten bleek samen te hangen met een hogere retentie in het programma en een verbeterd functioneren op verschillende leefgebieden. Op basis van deze positieve bevindingen leiden deze onderzoekers af dat druggebruikers een belangrijke informatiebron vormen voor het uitbouwen van hulpverleningscentra en voor het opmaken van behandelplannen.

1.2.2. Zorgbehoeften en tevredenheid van specifieke groepen druggebruikers

In de internationale literatuur vinden we heel wat behoefte- en tevredenheidsonderzoek terug dat gericht is op specifieke doelgroepen binnen de groep van problematische druggebruikers. Ook in Vlaanderen valt een toenemende aandacht te bespeuren voor een aantal specifieke doelgroepen, zoals minderjarigen, druggebruikers met een bijkomende psychiatrische problematiek, allochtonen en drugverslaafde moeders met jonge kinderen[2]. We gaan hieronder in op een aantal zorgbehoeften van druggebruikende vrouwen, omdat over het algemeen weinig aandacht wordt besteed aan deze specifieke problematiek en zeker niet aan de manier waarop druggebruikende vrouwen hier zelf over denken.

Druggebruikende vrouwen
Uit een Australische studie naar behandelingsbehoeften en tevredenheid van vrouwen (n=267) die reeds een beroep hadden gedaan op de hulpverlening omwille van alcohol- of andere drugsproblemen blijkt dat zij zich wel op bepaalde manieren geholpen voelen door de hulpverlening (Swift et al., 1996). Anderzijds vinden ze dat verschillende zaken voor verbetering vatbaar zijn, zoals de toegankelijkheid van de hulpverlening. Heel wat vrouwen blijken ook niet tevreden over de behandelingsfilosofie van sommige programma's, die bijvoorbeeld bijgebruik absoluut niet tolereert. Een zeer opvallende vaststelling was wel dat één vierde van de ondervraagde vrouwen lichamelijk of seksueel was lastig gevallen tijdens de behandeling, voornamelijk door mannelijke cliënten maar soms ook door hulpverleners. Daarnaast zitten vrouwen ook met heel wat onbeantwoorde vragen over hun lichamelijke gezondheid.

Druggebruikende zwangere vrouwen
Uit het onderzoek van Klein en haar collega's (1997) blijkt dat onbeantwoorde zorgbehoeften van zwangere druggebruikende vrouwen (n=401) uit Californië zich meestal situeerden op het vlak van het vinden van een job, bijscholing en huisvesting. Prenatale gezondheidszorg is meestal wel voorhanden, maar is dikwijls inconsequent en te laat tijdens de zwangerschap.

Het kwalitatief onderzoek van Conners en haar collega's (2000) in de staat Arkansas vormt een belangrijke aanvulling bij voorgaande kwantitatieve studies. Zij onderzochten aan de hand van focusgroepen de complexe behandelingsnoden van 16 vrouwen die samen met hun kinderen opgenomen waren in een residentieel behandelingsprogramma.
Eén van de voornaamste conclusies die uit dit onderzoek naar voor komt is dat cliënten een duidelijke mening hebben over welke hulp het meest gewenst is voor hun herstel, welke behoeften onbeantwoord blijven en welke stappen ondernomen kunnen worden om hun

---

[2] Voor beide laatste doelgroepen verwijzen we onder meer naar de VAD-onderzoeken van Vandevelde et al. (2000) en Derluyn et al. (2000).

behandeling te verbeteren (Conners & Franklin, 2000). De voorkeur van deze respondenten gaat uit naar een behandeling die zich in de eerste plaats richt op hun verslaving, maar ook de nood aan hulp bij tewerkstelling wordt frequent aangegeven. Bovendien vindt men het belangrijk dat de familie meer bij de behandeling betrokken wordt en men wijst op het belang van een goede relatie met hulpverleners voor het welslagen van de behandeling. Deze auteurs besluiten dat het heel belangrijk is om het perspectief van de cliënt te betrekken bij het opstellen van het handelingsplan en dat focusgroepen een zeer zinvol instrument zijn om de mening van druggebruikers te leren kennen.

Grella (1997) wijst ten slotte op de moeilijk te vervullen behoeften van druggebruikende vrouwen met een bijkomende psychiatrische problematiek. De complexe interactie tussen zwangerschap, middelenafhankelijkheid en een psychische stoornis, de beperkingen van het huidige hulpverleningsaanbod en stigmatisering belemmeren deze vrouwen immers vaak in het vinden van aangepaste hulp. De hulpverlening zou dan ook beter afgestemd moet worden op de complexe noden van deze doelgroep.

1.3. Doelstellingen van het onderzoek

Op basis van dit beperkt aantal kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken over zorgbehoeften en tevredenheid van druggebruikers kan besloten worden dat het betrekken van het perspectief van druggebruikers een belangrijke meerwaarde kan bieden bij het uitbouwen van het hulpverleningsaanbod. De resultaten maken duidelijk dat druggebruikers veel belang hechten aan een goede relatie met een hulpverlener, die gebaseerd is op wederzijds vertrouwen en respect. Men verwacht professionalisme van hulpverleners en vindt het ook belangrijk om ex-gebruikers in te schakelen, omdat die hun situatie beter begrijpen.
Heel wat tevredenheidsonderzoek richt zich tot druggebruikers in methadonprogramma's. Een veel gehoorde kritiek bij deze groep cliënten is dat het hen ontbreekt aan informatie over de langetermijneffecten van methadon en dat ze ook weinig of geen inspraak hebben bij de dosisbepaling. De toegankelijkheid en bereikbaarheid van methadoncentra en andere hulpverleningscentra blijkt een andere bron van ontevredenheid en blijkt een belangrijke drempel voor bepaalde specifieke groepen druggebruikers, zoals druggebruikende vrouwen. Uit de literatuur blijkt ten slotte dat zorgbehoeften van druggebruikers zich vooral situeren op het vlak van hun verslavingsproblematiek, maar ook medische hulp, gezondheidsbevordering en hulp bij tewerkstelling en huisvesting blijkt voor hen erg belangrijk.

Gezien behoefte- en tevredenheidsonderzoek bij druggebruikers niet sterk is uitgebouwd in Vlaanderen en de resultaten van dit soort onderzoek bovendien sterk contextueel bepaald worden en verschillen van doelgroep tot doelgroep, proberen we met dit kleinschalig onderzoek voor het eerst zicht te krijgen op een aantal zorgbehoeften van druggebruikers en hun tevredenheid over het huidige hulpverleningsaanbod. We richten ons hierbij voornamelijk op druggebruikers die momenteel niet of enkel met de laagdrempelige, ambulante drughulpverlening in contact komen. Tijdens een tweede fase van het onderzoek wordt ook gepeild naar de zorgbehoeften en tevredenheid van druggebruikers die met meer hoogdrempelige, residentiële voorzieningen in contact komen. Daarnaast biedt het MSOC-evaluatieonderzoek belangrijke aanvullende informatie over een aantal zorgbehoeften en de tevredenheid van personen die wel en niet een beroep doen op de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers. Op die manier hopen we een indicatie te kunnen geven van een aantal zorgbehoeften van druggebruikers en van hun tevredenheid over het hulpverleningsaanbod in Vlaanderen.

Tijdens dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen zorgbehoeften en tevredenheid van druggebruikers:

- Tot het behoefteonderzoek worden vragen gerekend als: Met welke vraag hebt u voor het eerst een beroep gedaan op de drughulpverlening? Met welke hulpvraag kwam u in deze voorziening terecht? Aan welk soort interventies bestaat volgens u momenteel een nood?
- De vragen in het tevredenheidsonderzoek peilen eerder naar de waardering van cliënten van de bestaande zorg: Hoe verliep het eerste contact met de hulpverlening? Bent u tevreden over de zorg die u in deze voorziening kreeg? Wat kan volgens u verbeterd worden aan de huidige organisatie van de hulpverlening?

Het onderscheid tussen beide is echter niet altijd even duidelijk en vaak krijgt men bij een vraag naar tevredenheid ook reeds een indicatie van de zorgbehoeften van cliënten en vice versa.

Een tweede belangrijke doelstelling ligt in het ontwikkelen en uittesten van een geschikte methodiek om zorgbehoeften van druggebruikers in kaart te brengen en om ook te peilen naar hun tevredenheid. We willen dan ook onze keuze voor de focusgroep als methodiek motiveren en de voor- en nadelen ervan bespreken. De uiteindelijke bedoeling is om tot een vrij gedetailleerde beschrijving van deze werkwijze te komen zodat een dergelijk onderzoek in verschillende hulpverleningscentra toegepast kan worden om een beter zicht te krijgen op de zorgbehoeften en tevredenheid van cliënten.

Ten slotte willen we met deze studie een bijdrage leveren aan een veranderingsproces dat is ingezet binnen de verslavingszorg, waarbij meer en meer aandacht besteed wordt aan de kwaliteit van de geleverde zorg en waarbij het perspectief en de waardering van de cliënt een steeds belangrijker factor wordt voor het meten van die kwaliteit (van Wijngaarden, 2001). Het behoefteonderzoek heeft dan weer de bedoeling om te peilen naar noden waar nu niet of onvoldoende op ingespeeld wordt, zodat daarmee rekening gehouden kan worden bij de uitbouw van een zorgcircuit middelenmisbruik.

2. Methodologie

Behoefteonderzoek als tak van de sociale wetenschappen heeft nog geen gestandaardiseerde methodologie of samenhangend geheel van leidraden (Molenberghs & Vandersmissen, 2000). Als gevolg daarvan blijkt de vergelijking van onderzoeksresultaten niet evident en kunnen ook geen evoluties in de tijd aangegeven worden (Aelvoet, 2001). Hetzelfde probleem stelt zich ook op het vlak van het tevredenheidsonderzoek (Van Kerkhof, 2001).
In afwezigheid van dergelijke methodologische richtlijnen werd tijdens deze studie geopteerd voor een kwalitatief en verkennend onderzoek bij een beperkt aantal druggebruikers aan de hand van focusgroepen. Focusgroepen worden vrij regelmatig toegepast voor het verkennen van de visies en motieven van verschillende doelgroepen en laten bovendien een diepgaande discussie toe (Consonant, 1997; Conners & Franklin, 2000; Fountain et al., 2000). Verschillende onderzoekers wijzen bovendien op het belang van triangulatie van bronnen en methoden om een meer betrouwbaar beeld te krijgen van de behoeften en tevredenheid van druggebruikers (Fountain et al., 2000).
In wat volgt, staan we stil bij de manier waarop de proefgroep geselecteerd werd, de gevolgde procedure voor het organiseren van de focusgroepen en de werkwijze bij de data-analyse. Hierbij wordt ook telkens aandacht besteed aan de beperkingen van voorliggend onderzoeksopzet.

2.1. Proefgroep

Bij de selectie van de proefgroep richtten we ons specifiek op gebruikers van illegale drugs, die (vroeger) reeds een beroep hadden gedaan op de categoriale drughulpverlening. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen druggebruikers die momenteel geen contact hadden met de hulpverlening en cliënten uit ambulante centra voor laagdrempelige drughulpverlening.
De eerste groep werd gerecruteerd via de contactpersonen van belangengroepen in Antwerpen (Belangengroep Antwerpse Druggebruikers (BAD)), Brussel (De Bond voor een Emancipatorisch Drugbeleid (DEBED)) en Gent (Druggebruikers Overleg Gent (DOG)). Voor de selectie van de tweede groep werd rekening gehouden met de MSOC-evaluatiestudie, waarbij focusgroepen georganiseerd werden in de medisch-sociale opvangcentra van Gent, Oostende, Genk en Antwerpen (Pelc et al., 2001). Vandaar dat ervoor geopteerd werd om een aantal andere centra te bevragen, die tot verschillende werksoorten behoren: het Dagcentrum De Sleutel in Brugge, Free Clinic in Antwerpen en het centrum geestelijke gezondheidszorg Altox in Antwerpen. Op die manier kon een aantal druggebruikers geconsulteerd worden in verschillende Vlaamse steden.

In totaal namen 38 druggebruikers deel aan de focusgroepen (28 mannen en 10 vrouwen) en de leeftijd van deze respondenten varieerde van 19 tot 51 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 34 jaar. Nagenoeg alle deelnemers aan de focusgroepen waren polydruggebruikers: de helft van hen vond dat ze problemen hadden op het vlak van het gebruik van heroïne, cocaïne en methadon, terwijl één derde problemen ondervond inzake hun alcohol-, cannabis- en medicatiegebruik. Het gebruik van amfetamines, XTC en tripmiddelen kwam in veel mindere mate voor bij de proefgroep.
De meeste deelnemers hadden reeds op 3 of meer categoriale voorzieningen een beroep gedaan omwille van drugproblemen. De redenen waarom cliënten een beroep deden op de centra waar de focusgroepen plaatsvonden varieerden nogal: methadonbehandeling (Free Clinic), ontwenning (Dagcentrum De Sleutel) en individuele begeleiding (Altox). Een aantal respondenten werd door justitie verplicht om zich te laten behandelen. Meestal had men zich aangesloten bij een belangengroep om hun stem te laten horen of uit samenhorigheid.

Een belangrijke beperking betreft echter de geringe omvang en de heterogene samenstelling van de proefgroep, waardoor de respondenten geenszins representatief zijn voor en hun antwoorden niet generaliseerbaar zijn naar bepaalde groepen druggebruikers. We opteerden er echter vooral voor om een aantal druggebruikers aan het woord te laten die nu niet of weinig in contact komen met de hulpverlening om een eerste indruk te krijgen van hun zorgbehoeften en tevredenheid over het hulpverleningsaanbod. Dit kan een eerste aanzet zijn tot een meer grootschalige bevraging van een meer representatieve groep druggebruikers, die at random geselecteerd worden, zodat de resultaten wel veralgemeend kunnen worden.

2.2. Procedure

De 6 voornoemde organisaties werden tijdens de maand oktober aangeschreven en daarna telefonisch gecontacteerd met de vraag of ze bereid waren mee te werken aan het onderzoek. Aan deze organisaties werd gevraagd om een 8-tal personen te rekruteren voor een focusgroep rond zorgbehoeften en tevredenheid over het hulpverleningsaanbod. Bij de belangengroepen gebeurde dit aan de hand van "snowball sampling", terwijl in de voorzieningen bepaalde hulpverleners vanaf een bepaalde datum systematisch cliënten vroegen om te participeren aan het onderzoek. "Snowball sampling" wordt in de literatuur omschreven als "a type of non-probability sampling commonly used in field research" (Neale, 1998a). De contactpersonen in de belangengroepen contacteerden andere leden die op hun beurt gevraagd werden iemand te contacteren voor dit onderzoek. Deze werkwijze werd stopgezet van zodra 8 personen bereid werden gevonden om deel te nemen aan de focusgroep. Ook in de ambulante centra werden cliënten niet langer gecontacteerd in verband met het onderzoek van zodra 8 personen bereid waren om te participeren. Om de motivatie voor deelname aan het onderzoek te verhogen werd de participanten een aankoopbon van 12.40€ (500 BEF) beloofd.

Ondanks een aantal praktische problemen, zoals afspraken die in extremis afgezegd werden of cliënten die uiteindelijk toch niet konden participeren aan het onderzoek, is het toch mogelijk gebleken om binnen de 6 weken (tussen 15 november en 31 december 2001) 5 focusgroepen en 1 diepte-interview te organiseren met druggebruikers. Het recruteren van druggebruikers voor de focusgroepen liep in bepaalde organisaties niet vlot, zodat in Altox slechts 1 persoon was komen opdagen voor de focusgroep. Daarop werd beslist om een diepte-interview te organiseren met deze persoon op basis van hetzelfde schema als de focusgroep.
De focusgroepen verliepen alle op een gelijkaardige manier en steeds werd begonnen met een voorstelling van de moderator en een toelichting van de rol van de betrokken studenten[3] en het doel en het verloop van de focusgroep (cf. bijlage). De duur van de focusgroepen bedroeg maximaal twee uur en na ongeveer een uur werd een korte pauze ingelast. Na deze onderbreking werd de deelnemers gevraagd een korte vragenlijst in te vullen, waardoor enige achtergrondinformatie over hen verzameld kon worden en ze ook een aantal vragen onafhankelijk van elkaar konden beantwoorden (cf. bijlage). De focusgroepen werden opgenomen op minidisk en achteraf uitgetikt, rekening houdend met de anonimiteit van de respondenten.

2.3. Instrumenten

Tijdens het onderzoek werden de respondenten bevraagd aan de hand van focusgroepen en werd ook gebruik gemaakt van een vragenlijst. De thema's die in beide instrumenten aan

[3] Volgende laatstejaarsstudenten Pedagogische Wetenschappen, optie orthopedagogiek waren bij het onderzoek betrokken: Neleke De Backer, Wouter Leplae, Ann Sergeant en Tina Van Havere.

bod kwamen, zijn voornamelijk gebaseerd op de beschikbare literatuur. De vragenlijst peilt vooral naar de tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod, terwijl in de focusgroepen ook meer aandacht werd besteed aan de zorgbehoeften van druggebruikers.

2.3.1. Vragenlijst

Alle deelnemers aan de focusgroepen vulden een vragenlijst in, waarin een beperkt aantal items aan bod kwam (cf. bijlage): een aantal socio-demografische gegevens (geslacht, leeftijd), productgebruik, eerste en laatste hulpvraag, ervaringen met en tevredenheid over het huidig hulpverleningsaanbod. Voor het opmaken van deze vragenlijst baseerden we ons voornamelijk op de MSOC-evaluatiestudie (De Ruyver et al., 2001) en werkboeken van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1998a en b). De vragenlijst werd zo eenvoudig mogelijk opgemaakt en de invultijd bedroeg maximum 10 minuten. De keuze voor een eigen vragenlijst werd vooral ingegeven door de specifieke focus van dit onderzoek en het gebrek aan een gevalideerd en betrouwbaar instrument om de tevredenheid van cliënten te meten.

2.3.2. Focusgroepen

Een focusgroep wordt in de literatuur omschreven als diepgaande, kwalitatieve interviews met een beperkt aantal zorgvuldig geselecteerde cliënten die samengebracht worden om een aantal uiteenlopende thema's te bediscussiëren (ASA, 1997). Eén van de voornaamste voordelen van deze methodiek is dat participanten zich ontspannen voelen in de kleine groepssetting en vrijuit hun mening kunnen uiten (Conners & Franklin, 2000). De ervaringen van één respondent kunnen bovendien herinneringen oproepen bij andere participanten, waardoor een discussie op gang komt wat een belangrijke meerwaarde vormt in vergelijking met individuele interviews. Tevens wordt aan druggebruikers een stuk erkenning gegeven door hen te laten deelnemen aan een focusgroep en aan te spreken als experts inzake ervaringen met de hulpverlening. De ideale groepsgrootte voor een focusgroep is zes tot twaalf personen (ASA, 1997), maar bij druggebruikers blijkt 10 personen wel een maximum. In een grote groep komen sommige mensen immers te weinig aan het woord en is ook de kans op een chaotischer verloop van de discussie groter.
Een belangrijke taak van de moderator is om de groep "gefocust" te houden (ASA, 1997). De moderator zet de basislijnen uit aan de hand van voorbereide vragen en "probes" en ontlokt antwoorden bij de deelnemers zonder hen in een bepaalde richting te duwen (Vaughn et al., 1996). De moderator heeft dus geen inhoudelijke inbreng, maar biedt de groepsleden optimale kansen om hun mening kenbaar te maken. Na afloop van de focusgroep geeft de moderator de belangrijkste conclusies weer en vraagt de groep hierrond nog naar feedback (ASA, 1997). Het belangrijkste nadeel van focusgroepen is echter dat uitspraken niet veralgemeend kunnen worden voor de hele doelgroep (Conners & Franklin, 2000).

Het verloop van de focusgroep werd beschreven in een draaiboek en de thema's die daarin aan bod kwamen waren gebaseerd op de literatuur (cf. bijlage). Na een korte voorstelling van de onderzoekers werd eerst gepeild naar de motivatie van de deelnemers, zodat het gesprek wat op gang kwam. Daarna werd hen gevraagd hoe hun eerste contacten met de hulpverlening verlopen waren en met welke hulpvraag ze voor het eerst beroep hebben gedaan op die hulpverlening. Afhankelijk van de discussie die hierna op gang kwam, werden nog een aantal bijvragen gesteld. Een derde aspect dat tijdens de focusgroepen aan bod kwam, was de tevredenheid met het huidige hulpverleningsaanbod. Hierbij werden verschillende hulpverleningsvormen onderscheiden op basis van de modules uit de "Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik" (Vanderplasschen et al., 2001a): informatie, spoed- en crisisopvang, behandeling, ontwenning, begeleiding, nazorg, ondersteuning van de familie, tewerkstelling en financiële steun (cf. bijlage). Een laatste vraag peilde dan weer naar de zorgbehoeften van deze doelgroep: waar is nood aan, waar moet men vooral aandacht aan besteden bij de hulpverlening? De volgorde van de vraagstelling werd bepaald door de discussie, maar overwegend werd iets meer

gediscussieerd over de tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod dan over zorgbehoeften, hoewel beide natuurlijk nauw met elkaar samenhangen.

De keuze voor focusgroepen hield natuurlijk ook een aantal beperkingen in, zoals het feit dat tijdens dit soort gesprekken vertrouwelijke informatie meestal minder gauw wordt meegedeeld dan tijdens een persoonlijk interview. Door het voorleggen van een vragenlijst aan de respondenten probeerden we toch die mogelijkheid te creëren. De belangrijkste beperking betreft echter de afwezigheid van een gestandaardiseerde methodologie voor dit soort onderzoek, waardoor binnen deze kortdurende onderzoeksperiode nog gezocht moest worden naar de meest geschikte manier om op korte termijn een inschatting te maken van de zorgbehoeften en tevredenheid van druggebruikers. De gegevens uit dit onderzoek kunnen bovendien niet gekwantificeerd worden, zodat we slechts een globale indicatie krijgen van wat druggebruikers belangrijke aandachtspunten vinden binnen de drughulpverlening, maar niet direct hoeveel personen dit nu juist vinden. De keuze voor kwalitatief onderzoek heeft echter het voordeel om de ervaringen en visies van een aantal personen te verdiepen en zo beter zicht te krijgen op hun belevingswereld. Dit kwalitatief gegevensmateriaal vormt dan ook een goede basis voor een kwantitatieve verdieping van het onderzoeksmateriaal.

2.4. Data-analyse

Voor de kwalitatieve analyse van het onderzoeksmateriaal werden alle uitgeschreven focusgroepen en het diepte-interview eerst grondig doorgenomen. Op basis daarvan een hiërarchische coderingsstructuur opgemaakt werd (Kuckartz, 1998). Uitspraken van de respondenten werden gecodeerd aan de hand van de trefwoorden uit de coderingsstructuur (codes) en werden onderling vergeleken. Deze vergelijking van tekstfragmenten bracht een aantal thema's aan het licht die hierna besproken worden. Hierbij werd gebruik gemaakt van het software-pakket WinMAX 98, dat geschikt is voor het analyseren en kwantificeren van grote hoeveelheden tekstmateriaal (Vanderplasschen et al., 2001c). Om de thema's die door de respondenten werden aangehaald te illustreren wordt gebruik gemaakt van citaten. Hierbij worden de uitspraken van de personen die deelnamen aan het onderzoek letterlijk weergegeven[4]. Bij de weergave van het onderzoeksmateriaal wordt een onderscheid gemaakt tussen de redenen voor deelname aan het onderzoek, de tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod en de zorgbehoeften van de respondenten. Beide laatste aspecten komen uitvoerig aan bod en worden om die reden opgesplitst in een aantal subthema's waarbij telkens aandacht is voor positieve en negatieve aspecten. Waar dit belangrijk is, wordt ook een onderscheid gemaakt tussen wat gezegd werd tijdens de focusgroepen met leden van belangengroepen en deze met cliënten van ambulante centra. De thema's die tijdens de focusgroepen het meest ter sprake kwamen worden het eerst besproken. Gezien het verloop van een focusgroep zijn het niet het aantal respondenten, maar wel het aantal uitspraken die als analyse-eenheid gebruikt worden. Hierbij werd ervoor geopteerd om niet het absolute aantal uitspraken weer te geven, maar enkel het relatieve aandeel van bepaalde uitspraken over specifieke thema's.
De door de respondenten ingevulde vragenlijsten werden op een gelijkaardige manier geanalyseerd en worden gebruikt als aanvullende en verdiepende informatie.

Voor de selectie van de proefgroep, de gevolgde procedure en de gebruikte instrumenten tijdens de MSOC-evaluatiestudie verwijzen we naar het deelrapport van het onderzoek in de MSOC's van Gent en Oostende (De Ruyver et al., 2001). Het onderzoeksmateriaal uit deze focusgroepen werd door een aantal studenten volledig uitgetikt en achteraf tijdens een

[4] Wanneer door ons geknipt werd in deze citaten, wordt dit aangegeven met drie puntjes (...). Wanneer omwille van de leesbaarheid van de tekst een aantal woorden werden ingevoegd, wordt dit aangegeven met vierkante haakjes [...].

secundaire analyse gecodeerd op basis van de hierboven vermelde coderingsstructuur aan de hand van het computerprogramma WinMAX 98 (Kuckartz, 1998). Hierdoor kunnen deze eerder verzamelde onderzoeksgegevens beter vergeleken worden met het gegevensmateriaal uit dit VAD-onderzoek.

3. Onderzoeksresultaten

Bij de weergave van de onderzoeksresultaten worden vooral de resultaten van dit VAD-onderzoek beschreven bij een aantal druggebruikers die momenteel niet of enkel met de laagdrempelige hulpverlening in contact komen. Tijdens het tweede deel van dit hoofdstuk wordt ook stilgestaan bij de resultaten van de secundaire analyse van de focusgroepen die georganiseerd werden in het kader van de MSOC-evaluatiestudie (De Ruyver et al., 2001).

3.1. Zorgbehoeften en tevredenheid van druggebruikers aangesloten bij belangengroepen of die in contact komen met de laagdrempelige drughulpverlening

3.1.1. Reden van deelname

Drie belangrijke redenen kunnen onderscheiden worden waarom druggebruikers wensten deel te nemen aan de focusgroepen. De voornaamste drijfveer om te participeren bleek de beloning met een aankoopbon ter waarde van 12.40€ (500 BEF). Op die manier werden dus niet enkel de meest gemotiveerde of de meest kritische personen bij het onderzoek betrokken.

> *"Ze zeggen tegen mij dat er een gespreksgroep gaat zijn voor een onderzoek naar hoe dat het hier werkt, [...] de grootste motivatie bij mij is dan omdat ik er ook voor beloond word."*

Een andere belangrijke beweegreden voor deelname aan het onderzoek is het feit dat men vindt dat er toch wel nood is aan enige verandering binnen de drughulpverlening.

> *"Gewoon omdat ik vind dat er iets moet gebeuren en dat ik hoop van zo een steentje bij te dragen."*

> *"[Eens kunnen] zeggen wat we willen en wat we nodig hebben. Duidelijk maken wat er nog niet goed is."*

Sommigen namen deel omdat ze blij waren dat er gehoor gegeven wordt aan hun mening.

> *"[...] omdat ik het positief vind dat de VAD het initiatief neemt om naar ons te luisteren en dan vind ik dat je daar gebruik van moet maken."*

3.1.2. Tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod

De tevredenheid van cliënten wordt besproken aan de hand van vier thema's: het eerste contact met de hulpverlening, de hulpverlening zoals deze vroeger georganiseerd was, de huidige organisatie van de hulpverlening en de tevredenheid inzake een aantal specifieke aspecten van het hulpverleningsaanbod.

Eerste contact met de hulpverlening

Als meest positieve ervaringen bij het eerste contact met de hulpverlening worden de vriendelijke ontvangst en het feit dat je er een vrijblijvend gesprek kan hebben genoemd.

> *"Die waren wel vriendelijk. Ik heb daar een tas koffie gekregen [...]."*

> *"Dat was goed ja, [...], dat was gewoon een eerste gesprek dat ik gedaan heb om een beetje informatie in te winnen."*

Ook het feit dat men de informatie kreeg die men vroeg, stemt druggebruikers tevreden over hun eerste contact met de hulpverlening.

"Over al hetgeen ik vroeg, heb ik een heleboel informatie gehad."

Eén iemand was heel tevreden over dit eerste contact, omdat hij toen heel individueel werd begeleid.

- Gebrek aan informatie

De meeste van de bevraagde druggebruikers hielden echter een negatieve ervaring over aan hun eerste contact met de hulpverlening, meestal een ontwenningskuur in een algemeen ziekenhuis. Men blijkt hier niet tevreden over omdat men weinig of geen uitleg kreeg over wat hen te wachten stond.

"Ge krijgt er een blauw pyjamaatje, blauwe slofjes en ik voelde mij daar al direct niet op mijn gemak. Ge wordt in uw kamer gedropt, krijgt al direct Valium toegestopt."

"Ge komt daar binnen, vliegt daar op crisis, ze zetten je daar in een kamertje voor eerst af te kicken [...]. Dat was een dag of twee dat ik daar gezeten heb. Ze komen daar met je eten, twee sigaretjes per dag en voor de rest heb ik daar kunnen boekjes lezen en daar liggen je eigen op te vreten eigenlijk."

- Andere verwachtingen over de hulpverlening

Velen hadden hoge verwachtingen toen ze voor het eerst contact zochten met de hulpverlening. De reden voor dit eerste contact is dikwijls nieuwsgierigheid of het feit dat men merkt dat het eigenlijk zo niet meer verder kan. Men verwacht dikwijls een directe oplossing voor hun problemen, zonder er zelf veel voor te moeten doen. Anderzijds vindt men het ook heel belangrijk juiste informatie te krijgen over de vooropgestelde behandeling.

"Ik verwachtte dat ik daar direct medicatie ging krijgen [...]. Ik wou stoppen maar langs de andere kant ook weer niet. Het was ook heel moeilijk. Ik verwachtte dat ze me daar direct enorm gingen helpen."

"Ik had eigenlijk iets heel anders verwacht. Niet dat ik daar in de eerste dagen in zo een kamertje ging zitten. Dat stond daar [in die folder] allemaal niet in [...]. Ze [de hulpverleners] zeiden 5 weken. Ik peinsde in mijn eigen dat valt nog wel mee, maar als puntje bij paaltje kwam, begon ik te luisteren naar de anderen en ze zaten daar al 8 of 10 weken. Ze vertrokken eigenlijk wanneer dat ze zeiden dat ge er klaar voor was en ik vroeg dat dan over die 5 weken. Ja maar, er heeft dat hier nog niemand gedaan in 5 weken. Maar voor wat zeggen ze dat dan?"

- Confrontatie met regels en structuur

Heel wat druggebruikers geven aan dat de confrontatie met strikte regels en een duidelijke structuur hen zwaar viel. Velen hebben het daar lastig mee en zien dit als een beperking van hun vrijheid, omdat ze gewend zijn om hun zin te doen.

"En als je dan nog plots je reglementen gekregen hebt, dat is ook heel moeilijk. Als je het gewoon zijt van je goesting te doen. Ge deed wat ge wil en plots wordt er een bepaald uur opgelegd om te eten."

"[Dat was] eigenlijk echt afbouwen op mijn vrijheid en ik kon mijn dochter ook niet meer zien en dat was echt heel moeilijk".

- Gebrek aan respect

Het ligt heel wat druggebruikers zwaar op de maag dat sommige hulpverleners weinig of geen respect hebben voor hun situatie. Dit merkt men vaak reeds bij het eerste contact met de hulpverlening en het wordt door één van hen treffend omschreven:

> *"Ik werd behandeld alsof ik een echte junk was."*

De vroegere organisatie van de hulpverlening

- Intensieve en persoonlijke begeleiding

De meeste druggebruikers die aan de focusgroepen deelnamen, kwamen reeds jaren geleden in contact met de hulpverlening. Hoewel toen veel minder hulpverleningscentra bestonden, werd de hulp die men toen kreeg meestal wel positief ervaren, vooral omdat er toen veel minder gebruikers waren en men meer tijd had om mensen persoonlijk te begeleiden.

> *"Vroeger waren er veel minder hulpvragenden dan nu. Nu moet de hulp verdeeld worden."*

> *"Dat was echt in orde, maar ja ik moet ook wel zeggen, toen waren er nog niet zoveel mensen en iedereen werd echt als persoon aanzien."*

- Betere toegankelijkheid van de zorg

Vroeger bleken de hulpverleners waarop men een beroep wou doen gemakkelijker bereikbaar. Men was toen ook veel soepeler in het voorschrijven van medicatie.

> *"Je ging naar de dokter en daar deed ge uw verhaal, maar nu gaat dat niet meer."*

> *"Maar het is wel negatief veranderd ten opzichte van vroeger. Toen kon je een voorschrift krijgen zonder problemen, nu niet, je moet wachten en zagen."*

- Gebrek aan aangepaste hulp

De voornaamste kritiek op de vroegere organisatie van de hulpverlening betreft het feit dat men toen nog veel minder kennis had van de drugproblematiek en dus ook geen of geen gepaste hulp geboden kon worden. Verschillende respondenten gaven aan dat men nu veel professioneler geworden is.

> *"Toen waren ze nog bezig met placebo's en dan verschoten ze omdat ge met uw kop tegen de muur begon te kloppen omdat ge zot werd. Ze waren zelf nog aan het zoeken. Alle respect ervoor hoor, dat is nu al veel geëvolueerd maar in het begin wisten ze het zelf niet."*

> *"Ik belde terug en ik kon niet opgenomen worden. Ik vroeg waarom en ze zeiden dat ik te verslaafd was en dat mijn problematiek te groot was. Dat was echt een slag in mijn gezicht. Ik was woedend en verdrietig tegelijkertijd."*

Algemene indrukken over de huidige organisatie van de hulpverlening

- Onvoorwaardelijke hulp

Hoewel door heel wat druggebruikers negatieve kritiek geformuleerd wordt aan het adres van de categoriale drughulpverlening, is men toch dankbaar dat men ondanks alles toch geholpen wordt. Zo waardeert men het heel sterk dat men in bepaalde voorzieningen toch opgenomen kan worden, hoewel het centrum boven zijn opnamecapaciteit zit. Velen beseffen ook dat het slecht met hen zou afgelopen zijn zonder de hulp van bepaalde hulpverleners en voorzieningen.

> *"We zitten hier zonder papieren, zonder iets, maar we worden toch geholpen."*

> *"'Als ik hier niet terecht had gekunnen, was ik al dood geweest."*

> *"Moeten ze het echt volgens de regels van het spel spelen dan vliegt er hier vijftig, zestig man buiten, omdat ze erover zitten [over hun opnamecapaciteit]."*

- Tolerante houding

Druggebruikers waarderen het wanneer flexibel omgesprongen wordt met bepaalde regels, bijvoorbeeld het feit dat men naast de methadonbehandeling blijft bijgebruiken.

> *"De positieve punten zijn dat het getolereerd wordt dat je erbij gebruikt hé. Het is het meest laagdrempelig van alle voorzieningen."*

- Gebrek aan zorg op maat

Tijdens de focusgroepen worden echter heel wat meer negatieve ervaringen met de hulpverlening gerapporteerd. Zo stellen een aantal druggebruikers dat bepaalde voorzieningen eerder handelen uit eigenbelang en niet echt hulp bieden aan de meest hulpbehoevenden. Men vindt dat bepaalde hulpverleningscentra wedijveren met elkaar in plaats van elkaar aan te vullen. Dit kwam vooral aan bod tijdens de focusgroepen met belangengroepen.

> *"Van alle hulp die ik al gekregen heb, heb ik slechte ervaringen. Het gaat hem meer over de instantie zelf. Ze doen niet echt iets aan de problematiek. Voor hun is het gewoon van als zij maar in regel zijn. Als hun rekeningen maar zijn betaald, dan is het allemaal oké. Voor de rest weinig of geen hulp."*

> *"Weet je wat het probleem is: dat de ene dienst niet op de andere kan rekenen. Voila, ze sturen u van hier naar daar."*

Enkele respondenten vinden dat je wel een hulpvraag kunt stellen, maar dat je uiteindelijk zelf op zoek moet gaan naar een antwoord.

> *"Ge moogt een hulpvraag stellen en ge moogt ze gelijk waar stellen, als ge het zelf niet doet loop je toch tegen de muur. Je moet het zelf doen, er is geen echte hulpverlening."*

> *"Wij zijn hulpverleners op ons eigen. De meeste hier kennen de hulpverlening door en door en beseffen dat die maar weinig te bieden heeft eigenlijk."*

Een aantal druggebruikers klaagt ook de ongelijke, afhankelijkheidsrelatie tussen hulpverleners en cliënten aan.

- Gebrek aan respect en vertrouwen

Regelmatig kwam tijdens de focusgroepen naar voor dat men zich soms weinig gerespecteerd voelt door bepaalde hulpverleners. Het betreft zowel de categoriale drughulpverlening als instanties uit de algemene gezondheids- en welzijnszorg. Het gebrek aan privacy, stigmatisering door hulpverleners en gebrek aan vertrouwen in druggebruikers worden als meest negatieve aspecten gerapporteerd.

> *"Ik krijg dus heel grof te horen over laatst bij mijn testen: ik zeg mijn HIV is toch in orde [...], ja maar ge moet daar niets mee inzitten met uw HIV, ge hebt toch al hepatitis C."*

> *"Ik vind nu wel niet dat ge voor de ogen van die mensen urinecontrole moet doen. Dat gaat veel te ver: met de deur open, op wat trekt dat nu. Ik wilde niet aan die voorwaarden voldoen."*

> *"Ze vertrouwen ons gebruikers niet en ze denken: als we hun dosis meegeven voor 2 weken nemen ze alles in één keer."*

> *"Soms kan ik niet omdat ik werk. Dus ik kan dan niet op gesprek komen en dan wordt er gedreigd: als ge nu niet komt, krijgt ge geen methadon meer. Dat vind ik ook niet te doen."*

- Geen aandacht voor druggerelateerde problemen

Heel wat druggebruikers uiten kritiek op het feit dat de hulpverlening zich nagenoeg uitsluitend richt op het drugprobleem en weinig oog heeft voor de achterliggende problematiek. Doordat geen oplossing gezocht wordt voor de achterliggende problemen, gebeurt het niet zelden dat personen hervallen.

> *"Het probleem is als wij naar de hulpverlening gaan dat zij [de hulpverleners] ook weer gaan focussen op de drugs, in plaats van te zeggen: laat die drugs nu even vallen, praat daar nu even niet over, wat is nu eigenlijk het probleem? En dan krijg je een heel ander verhaal. Ze gaan niet verder kijken dan het druggebruik."*

> *"Als mensen opnieuw beginnen met drugs, dan is dat een teken dat die drugs nog een functie hebben in hun leven en de hulpverlening heeft ervoor gezorgd dat ze op kunstmatige wijze stopten."*

- Veel hulpvragers en lange wachtlijsten

Heel wat druggebruikers klagen dat hulpverleners minder tijd hebben voor hen in vergelijking met vroeger, waardoor sommigen zelfs helemaal uit de boot vallen. In bepaalde centra werkt men ook met wachtlijsten, terwijl een gebruiker die uiteindelijk beslist heeft om zich te laten behandelen dat liefst zo rap mogelijk laat gebeuren. Anders is de kans niet denkbeeldig dat hij zich bedenkt.

> *"Ik heb deze week in het MSOC nog iemand horen zeggen dat die wel wou bellen om iets te regelen, maar dat het zeker 2 weken zou duren want dat er wachtlijsten zijn. Ja en dikwijls als je moet wachten ga je toch niet meer."*

> *"Nu is er hulp, maar veel meer mensen. Het is veel onpersoonlijker, er is geen begrip meer. Wij zijn nu gewoon cliënten."*

Specifieke aspecten van de hulpverlening[5]

- Personeel

Druggebruikers die over een persoonlijke begeleider beschikken, zijn meestal zeer tevreden over de hulpverlening. Dit wordt omschreven als iemand die er altijd voor hen is, hen door en door kent en hen ook gedurende langere tijd opvolgt. Het wordt bijzonder gewaardeerd wanneer deze persoonlijke begeleider hen bijvoorbeeld gaat opzoeken in de gevangenis, meegaat bij een bezoek aan vader of moeder, ... Men vindt dit een belangrijke vorm van erkenning van hun situatie.

> *"Ik vind dat die al heel veel gedaan heeft: meegegaan naar mijn ouders, helpen met verhuizen, geholpen bij paperassen, [...]. Die geeft wel zinvolle tips of kansen van doet dit of dat en dat heb ik een beetje nodig, want ik heb weinig zelfdiscipline."*

> *"De persoon waar dat wij het over hebben heeft mij zelfs komen bezoeken in de gevangenis. Ja, die creëert echt een band."*

Een aantal respondenten haalt aan dat hulpverleners wel hun best doen, maar dat ze dikwijls afgeremd worden door de structuren waarin ze werken.

> *"Ik heb dikwijls al de indruk gehad dat de mensen die aan de basis werken, de gewone hulpverleners, die hebben wel idealen en die doen wel hun best en die proberen wel, maar die werden precies altijd van boven afgeremd."*

Bijna dubbel zoveel uitspraken betreffen echter negatieve kritiek ten aanzien van het personeel in de drughulpverlening. Velen vinden immers dat er te weinig goede en gemotiveerde hulpverleners zijn. Men is ontevreden over het feit dat men geen persoonlijke begeleider heeft en daardoor regelmatig bij andere hulpverleners terechtkomt, waardoor ze opnieuw hun verhaal moeten doen en eigenlijk van nul af herbeginnen.

> *"De persoon waar ik zou willen bij gaan, is overbezet eigenlijk omdat iedereen hem zo goed vindt, dat het niet te doen is."*

> *"Op een jaar tijd drie hulpverleners krijgen en drie keer zeggen ze: vertel het maar. Dan kan ik beter mijn onderbroek aan een haak hangen en foert zeggen."*

Men plaatst echter ook wel een aantal kanttekeningen bij het hebben van een persoonlijke begeleider, omdat men dan heel sterk afhankelijk is van één hulpverlener en een conflict deze relatie soms kan verzuren.

> *"Ik heb ooit eens een meningsverschil gehad en dat blijft altijd hangen hé, zelfs al hebben we dat uitgepraat."*

- Residentiële, hoogdrempelige hulpverlening

De meeste deelnemers aan het onderzoek zien een residentiële opname als een laatste oplossing voor hun problemen en komen daar dikwijls pas terecht nadat ze een aantal andere hulpverleningsvormen hebben gecontacteerd.

---

[5] De thema's die door de respondenten het meest ter sprake werden gebracht worden in wat volgt ook het eerst weergegeven.

"Ik probeer het al zoveel keer en als het mislukt ga ik naar een TG. Op mijn 28 jaar mag er al eens iets gaan veranderen."

Een veel gehoorde opmerking was ook dat men een langdurige residentiële behandeling een zeer goede hulpverleningsvorm vindt, maar dat dit voor henzelf niet geschikt is.

"Heel confronterend, voor mij te confronterend. Ik blijf het zeggen, dat is een heel goede behandeling, maar niet voor mij."

Toch staan iets meer respondenten eerder afkerig tegenover residentiële behandeling door het feit dat men daar afgeschermd leeft van de maatschappij, wat het er na het ontslag niet gemakkelijker op maakt. Velen hebben het ook moeilijk met de verplichtingen die hen worden opgelegd en het verlies van hun vrijheid.

"Nadeel ervan is dat het een creatie is. Je wordt in feite in een ministaat gedumpt."

"Ik kan er gewoon niet tegen dat er iemand anders mijn leven uitstippelt, wat dat ik moet doen, dag en nacht. Dat gaat niet."

Het feit dat men heel sterk op het gevoel werkt, ligt voor sommige druggebruikers heel moeilijk en soms vindt men dit vrij vernederend.

"Zo'n zeer dat dat doet om u met uw neus op de feiten te drukken. Gewoon feitelijk omdat ze u willen doen inzien dat ge fout zijt geweest, maar dat komt helemaal anders over."

"Ik ben gaan lopen, omdat ik de druk niet meer aankon en voor de vernederingen hé. Ik was een prostituee, ik wilde niet gaan stelen en dus werd ik maar weer prostituee."

- Nazorg

Slechts een beperkt aantal druggebruikers is positief over de nazorg, die ze hebben gekregen onder de vorm van regelmatige gesprekken. Er wordt ook opgemerkt dat het uiteindelijk van jezelf afhangt wat je ervan maakt.

"Dat waren gesprekken met een psycholoog om de 2 weken. En daar kon ik mijn neuropsychiater ook zien voor doktersvoorschriften, zodat je na je opname niet direct in een leegte valt."

Bijna vier keer zoveel uitspraken betreffende de nazorg hebben een negatieve connotatie en heel wat druggebruikers vinden dat de nazorg absoluut faalt. Het probleem blijkt vooral de reïntegratie in de maatschappij en men verwijst hierbij ook naar het feit dat tijdens de behandeling meestal geen oplossing wordt gezocht voor het probleem dat het druggebruik in stand houdt.

"Tijdens de opname ben je een tijdje uit het gebruikerscircuit, maar vanaf dat ge terug buiten komt kan je bijna niets anders als terug naar het circuit, want je hebt niets anders buiten. Ze hebben ook niets anders gecreëerd. Ge hebt geen kans om buiten iets te creëren."

"En dan denken ze een opname van 3 maand of 6 maand en daarna is het opgelost. Dan is uw huisvesting nog niet in orde en uw werk en sociale contacten zijn nog niet in orde. Eigenlijk denk ik dat ze het erom doen, zodanig dat hun kot blijft vollopen."

"Ge zit daar wel in een tussenhuis, maar ge zit daar heel den tijd opgesloten en dan laten ze jou ineens buiten. Ge zijt zo beschermd daar en dan ineens [...]. Dat is eigenlijk geen goede methode, vind ik hé, voor mij."

- Substitutiebehandeling

De meeste druggebruikers zijn tevreden over het feit dat ze methadon kunnen krijgen en dat ze op die manier een product hebben waarmee ze op termijn kunnen afbouwen en waarbij ze ook niet elke dag weer moeten gaan "scoren".

"Ik vind dat wel goed dat ze iets hebben om te vervangen en je op je gemak kan afbouwen, want als je van de ene dag op de andere moet stoppen dan zie je wel af."

"Ik sta 's morgens om 9 uur op. Ik ga naar de ijskast, ik neem het en ik voel mij goed. De kans dat je gaat zoeken achter dope is klein."

Bijna dubbel zoveel uitspraken over de methadonbehandeling zijn minder positief. Heel wat druggebruikers vinden dat ze hierbij te weinig begeleid worden en dat ze te weinig informatie hebben gekregen over de (langetermijn)effecten van methadon.

"Toen dat ze mij methadon gaven, hadden ze mij daar meer uitleg moeten over geven. Met dat afbouwen van die methadon is dat geestelijk toch niet alles."

Men beseft dat methadon eigenlijk enkel een vervangmiddel is, dat je er ook aan verslaafd geraakt en dat op die manier het probleem eigenlijk alleen maar verlegd wordt.

"Met heroïne ben ik gemakkelijk kunnen stoppen, met methadon niet. Bij heroïne was ik niet zo ziek, bij methadon heeft het een jaar geduurd eer ik een beetje verstandig kon leven."

Enkele respondenten geven ook aan dat ze weinig inspraak krijgen bij de dosering van hun methadon en heel lang moeten aandringen voordat begonnen wordt met afbouwen.

"Ik ga naar boven met mijne methadon hé, den dag nadien terug naar beneden, zonder dat ik dat weet. Ik voelde mij slecht en ik vroeg aan de dokter waarom ik mij slecht voelde. Hij zei dat ik minder methadon kreeg. Ik stond terug op 82, niet meer op 90."

"Ik heb tien keer moeten vragen om af te bouwen, terwijl dat ik niets meer pakte. En uiteindelijk heb ik toch mogen afbouwen, heb ik dat geluk gehad en nu gaat het beter."

- Huisvesting

Hoewel de meeste druggebruikers problemen ervaren bij het vinden van een woning, gaven slechts enkele respondenten aan dat ze hierbij hulp kregen. Degenen die hierbij geholpen werden, appreciëren dit wel sterk.

"Daar ben ik buitengekomen met werk, met een nieuwe woonst. Terug een nieuwe start."

Het voornaamste probleem bij het zoeken naar een woning blijkt het feit dat druggebruikers gediscrimineerd worden door huisbazen omwille van hun werkloosheid, drugproblemen of financiële problemen. De beschikbare woningen zijn meestal heel duur en van povere kwaliteit. Dit werd vooral naar voor gebracht bij de focusgroepen met de Gentse en

Antwerpse belangengroep, maar ook in de andere focusgroepen kwam dit aan bod. Men vindt dat men weinig of geen hulp krijgt bij het vinden van een woning en men beschikt ook over weinig informatie over eventuele fiscale voordelen of subsidies inzake huisvesting.

> *"Ik zocht een kot en ik moest dat allemaal zelf doen. Ik heb ook een telefoon gehad van iemand waar ik naartoe belde voor een studio en die belt terug en hij wist blijkbaar dat ik in de kliniek was. Hij wou een duidelijk antwoord op de vraag of ik problemen had met drugs. Ik dacht ik zal maar eerlijk zijn, als hij toch zo eerlijk is om het mij te vragen zal ik zo eerlijk zijn om te antwoorden. Ik zei ja, ik heb een probleem maar ik ben nu aan 't afbouwen. Ik ga naar dat kot, in feite had hij mij een zolder beloofd en dat bleek een kotje te zijn. Echt daar steekt ge nog geen hond in, echt om mij af te poeieren [...]. Dus is het best dat je ontkent of dat ze zeker niet weten dat je een probleem hebt."*

> *"Wij ook, als we een appartement zochten, we hebben gewoon gelogen. Hij heeft gezegd dat hij opvoeder was en ik verkoopster."*

- Spoed- en crisisopvang

Wat de spoed- en crisisopvang betreft, worden weinig positieve geluiden opgevangen. De respondenten geven aan dat er te weinig plaatsen zijn en dat alles meestal overbezet is. Algemene ziekenhuizen fungeren dan ook dikwijls als spoed- en crisisopvang, vooral 's nachts. De hulp die men daar krijgt laat volgens een aantal druggebruikers dikwijls te wensen over.

> *"Ik heb het al meegemaakt dat mensen in een crisissituatie zitten. Die mensen worden niet vlug genoeg geholpen. Die komen echt om hulp schreeuwen en dan is het van: zet u daar op dat bankje, een intake, een gesprek en wacht een beetje, "'t is bezet". Op die moment verlang je eigenlijk direct hulp en niet "zet u daar op dat bankje". Dat heb ik al dikwijls meegemaakt en nog meer gezien."*

> *"Spoed- en crisisopvang is er niet, in geen enkel ziekenhuis kun je terecht. Ik had een vuile shot, ik kreeg een aspirientje mee."*

Opvallend is dat aangegeven wordt dat veel druggebruikers deze centra contacteren met een smoes in de hoop een nacht opgenomen te kunnen worden. Men begrijpt dan ook wel dat soms mensen worden afgewezen, omdat er vaak misbruik wordt gemaakt van deze diensten.

> *"Als er 's nachts iets gebeurt, dan kunt ge gewoon met een smoeske naar 't ziekenhuis gaan en hopen dat ge daar een paar uur kunt blijven tot 's morgens als ge geluk hebt."*

> *"Ze nemen er geen meer op omdat die daar dan voor een paar dagen gaan om een beetje te recupereren, maar de facturen worden niet betaald."*

- Huisartsen

Enkele respondenten geven aan dat ze een goede relatie hebben met hun huisarts. Men waardeert onder meer dat huisartsen hen de nodige uitleg geven en methadon voorschrijven zodat ze deze thuis kunnen innemen. Men maakt weinig bezwaar tegen het voorschrijfgedrag van bepaalde artsen.

"Dan heb ik een dokter gevonden die methadon voorschreef die ik thuis kon nemen en die moet ik om de 14 dagen gaan zien en dan krijg ik een voorschriftje mee en dan mag ik thuis mijn methadon innemen."

"Ik denk dat we allemaal blij zijn dat er een aantal dokters bestaat dat met de losse pols voorschrijft. [...] Als ge dan een goede dokter vasthebt, doet hij zijn kast open met zijn staaltjes en krijg je nog eens een zak mee naar huis. Wij gaan er in feite mee akkoord bij gebrek aan alternatief."

Een belangrijke kritiek die wordt geformuleerd ten aanzien van sommige huisartsen is dat sommigen zeer selectief zijn ten aanzien van de personen die ze willen behandelen en dat enkel personen die zeker kunnen betalen op hen een beroep kunnen doen. Ook bij huisartsen klaagt men over het feit dat men weinig inspraak heeft over de dosering van hun medicatie.

"Alleen mensen die honderd procent zeker hun geld kunnen leggen, raken er binnen."

- Begeleiding en behandeling

Wanneer gepeild wordt naar de tevredenheid over de behandeling die men in het verleden gehad heeft, blijken enkele druggebruikers hier tevreden over ondanks het feit dat ze hervallen zijn. Men waardeert vooral het professionalisme, het kort op de bal spelen door sommige hulpverleners en de medicamenteuze behandeling.

"Een heel goede ontvangst en een heel goede behandeling. Goede professionele hulp."

"Daar ben ik toen wel goed behandeld geweest en daar heb ik toen ook wel medicatie gekregen."

Naast de individuele gesprekken vindt men het ook belangrijk om een stuk administratieve ondersteuning te krijgen.

"Ik heb daar veel hulp van gekregen over papieren en zo en iedere week gaan babbelen."

De meeste respondenten zijn ervan overtuigd dat de ideale behandeling niet bestaat en dat iedereen een andere aanpak nodig heeft. Bijna alle respondenten hadden nog geen enkele behandeling succesvol afgerond of waren korte tijd later hervallen, indien ze een programma succesvol hadden beëindigd. Dit wijt men vooral aan de falende nazorg (cf. supra), maar ook over de kostprijs van de behandeling bestaat heel wat onvrede.

"Sommige mensen zijn er daarom tegen om hen te laten helpen: ze hebben er het geld niet voor."

Sommigen haakten af omdat ze het gevoel hadden volgepropt te worden met medicatie of omdat ze zich verveelden en alles te voorspelbaar was.

"Ik ben er binnengegaan met drank en cocaïne en ik ben er buitengekomen met 70 pillen per week, prozac en zo, voor mijn depressie. En met die prozac heb ik ook nog problemen gehad met mijn hart."

"Weet je wat ik ook vind van die programma's. Ik heb veel programma's gedaan en dat is altijd hetzelfde: de maandag is het dit, de dinsdag is het dat, [...] altijd hetzelfde. Het komt altijd op hetzelfde neer!"

- Motivatie

Motivatie werd door de respondenten naar voor geschoven als een belangrijke factor voor het welslagen van een bepaalde behandeling. Als men zelf niet absoluut overtuigd is om te stoppen, dan is een behandeling gedoemd om te mislukken. Verschillende factoren blijken een positief effect te hebben op deze motivatie, zoals het hebben van een goede partnerrelatie en kinderen.

"Ik denk, ge moogt de begeleiding geven die ge wilt, dat is nu niet tegen jullie kar rijden, maar uit ervaring denk ik dat het louter bij jezelf ligt. Je moet geholpen willen worden en dan kun je zelfs met een kleine hulp ver komen. Ik ben goed bezig nu, ik heb nu ook een heel goede vriendin."

"Voor jezelf ga je het [stoppen met gebruiken] toch niet doen. De grootste steun is altijd van de mensen rondom mij gekomen. Ik denk dat het heel belangrijk is dat de ouders het toch proberen te aanvaarden en je steunen wanneer je hulp nodig hebt."

Anderzijds beseft men wel dat het niet evident is dat bepaalde personen hen blijven steunen, omdat ze hun leven voor een stuk kapot hebben gemaakt.

"Ik denk toch niet dat dat zo eenvoudig is hoor. Op een bepaald moment moest mijn moeder met haar handtas onder haar hoofdkussen slapen, de deur van de living moest vast of ik stal de stereo-installatie of ik was met de video weg. Mijn broer zijn spaarpot moest weggestoken worden, er mocht niemand zijn cd's laten liggen of ik was ermee weg. Eén keer, twee keren, twintig keren, maar op een bepaald moment maak je gans die mensen hun leven kapot. En ge blijft het kapot maken als junk, ge hervalt altijd maar en ge begint terug te stelen."

- Tewerkstelling

Bijna alle deelnemers aan de focusgroepen hadden op dat moment geen werk. De meeste druggebruikers die toen in begeleiding waren, vonden dat ze door hulpverleners gemotiveerd worden om naar werk te zoeken. Het vinden van een job blijkt echter niet makkelijk omwille van hun druggebruik en strafblad. Men kan wel begrip opbrengen voor de keuze van werkgevers, want er zijn ook zoveel mensen zonder drugproblemen op zoek naar werk. Echte hulp bij het zoeken naar werk meent men echter niet te ontvangen.

"Omdat drugs illegaal zijn, heeft iedereen hier een strafblad, geraken we ook heel moeilijk aan werk en aan een omscholing. Er staan er genoeg te wachten hé om te werken, die betere papieren hebben als ons. Ik begin in februari aan een opleiding, en ik hoop dat ik een stageplaats ga vinden."

"Als je naar werk gaat kijken is er geen enkele baas die je wil aanpakken met een drugsverleden. Je wordt constant achteruit gestoken, je hervalt meestal omdat je je toch niet kan herpakken."

- Apotheek

Hoewel een aantal respondenten een positieve ervaring heeft met apotheken, houden de meesten geen goede ervaringen over aan dit contact. Men klaagt onder meer over een gebrek aan privacy en weinig respect.

> *"Ik heb nu wel een goede apotheker. Die is wel klaar voor een gesprek en die vraagt niet te veel geld."*

Veel meer mensen die naar een apotheker gaan voor hun methadon of spuiten hebben daar geen goede ervaring mee. Ze vinden dat ze slecht of weinig respectvol worden behandeld en dat het soms ontbreekt aan privacy.

> *"Ik zit op tabletjes methadon hé. Ik word als melaatse behandeld. Als ze jou nog maar zien met dat papierke waarop methadon staat, gooien ze dat papierke terug."*

> *"Er is geen privacy. Soms staan er nog mensen bij. Die hebben er geen zaken mee dat ik een spuit nodig heb."*

- Vrijetijdsbesteding

Een kritiek die in een aantal focusgroepen aan bod kwam is het gebrek aan dag- en vrijetijdsbesteding, zeker op dagen dat er daar het meest behoefte aan is (weekends en feestdagen). Bestaande dagbestedingsactiviteiten worden bovendien als weinig zinvol ervaren: knutselen vindt men saai en men zou liever meer sporten. Een belangrijk knelpunt is dat het budget voor dergelijke activiteiten beperkt is en dat het ook niet makkelijk is om een activiteit te vinden die de volledige groep aanspreekt.

> *"Donderdag mag je iets kiezen van sport. Als je dan bijvoorbeeld fitness kiest, dan moet je vrijdag iets doen dat geen geld kost."*

> *"In 't weekend niks en op feestdagen ook niks. En dat zijn juist de moeilijkste dagen, want dat zijn de dagen dat de meeste mensen met volk rond hen zitten en dan zit gij alleen."*

- Belangengroepen

De belangengroepen klagen over het feit dat ze weinig gehoord worden door officiële instanties, waardoor ze ook niet in staat zijn om veel te veranderen. De werking en doelstellingen van de belangengroepen blijken ook niet bij alle leden gekend te zijn.

> *"Moest bij die vergaderingen iemand van officiële instanties erbij zijn. Ze denken altijd dat wij enkel spreken over drugs, maar er wordt gesproken over psychiatrie, huisvesting, werk, over van alles. Daar hebben ze zelfs geen weet van en er gebeurt dan ook heel weinig."*

> *"Mensen, wij hebben geld om activiteiten te doen, alleen jullie moeten met ideeën komen."*

- Gevangenis

Alle respondenten die ooit in de gevangenis hebben gezeten, zijn niet te spreken over de begeleiding van druggebruikers in de gevangenis.

> *"Ik vind dat de opvang binnen de gevangenis te wensen over laat. Voor medicatie- of drugproblemen laten ze je gewoon aan je lot over."*

> *"Als je hier op een dosis van 51 staat, krijg je er [methadon] in de gevangenis. Als je op 50 staat, krijg je er geen meer. Dat houdt ook veel mensen tegen om af te bouwen, want als ze correctioneel nog iets staan hebben en ze vliegen den bak in, krijgen ze anders geen methadon meer."*

- Gezin en familie

In een aantal focusgroepen kwam ook het betrekken van het gezin en de familie ter sprake. Men vindt het belangrijk dat de familie uitleg krijgt over de behandeling en dat er ook mogelijkheden zijn tot contacten met de voor hen belangrijke personen.

> *"Dat is belangrijk voor mijn moeder dat ze ervan weet. Zelf heb ik daar niet zo'n behoefte aan, maar het is om haar gerust te stellen."*

> *"Ge mocht maar één keer bezoek hebben om de twee weken, voor een uurtje en ik zag dat toen volledig niet zitten."*

3.1.3. Zorgbehoeften

In wat volgt wordt aandacht besteed aan de zorgbehoeften van druggebruikers, zoals deze geformuleerd werden tijdens de focusgroepen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de eerste zorgvraag, waarmee ze een beroep deden op de hulpverlening en actuele behoeften van druggebruikers waar door het bestaande hulpverleningsaanbod momenteel niet of onvoldoende wordt ingespeeld.

Eerste hulpvraag

De voornaamste reden waarom druggebruikers voor het eerst een beroep deden op de drughulpverlening was om te stoppen met druggebruik.

> *"Mijn vraag was gewoon om van mijn heroïnegebruik af te geraken."*

> *"Bij mij ook die lichamelijke afhankelijkheid van die heroïne en coke, echte afhankelijkheid [...]. Als ik coke begin te pakken, kan ik niet meer stoppen. Eens dat ik begin, blijf ik shotten. Als ik 60 000 frank had, dan shotte ik 60 000 frank erdoor."*

Sommige respondenten werden echter verplicht door hun omgeving of een gerechtelijke instantie om hulp te zoeken. In deze gevallen is dus niet echt sprake van een hulpvraag, maar eerder van een gedwongen contact met de hulpverlening.

> *"Van mij was het iets dat ik moest doen. Ze hadden mijn dochtertje afgepakt, dus ik kon niet anders meer. Ik moest me laten helpen."*

"Ik was al zes maanden aan het piekeren en opeens op de rechtbank zeg ik van: kijk geef mij een keer een kans en laat mij eens voor de eerste keer proberen om met methadon te stoppen."

Anderen gingen gewoon in op het beschikbare hulpverleningsaanbod, zonder dat er sprake was van een echte hulpvraag.

"Ik vroeg niets, maar zij zei van: kijk, je kan dat en dat doen bij ons en ik ging daar dan iedere week naartoe."

Heel wat respondenten deden ook een beroep op de hulpverlening met de bedoeling hun levenssituatie te stabiliseren en opnieuw normaal te kunnen functioneren. Ze willen loskomen uit de vicieuze cirkel van het druggebruik en de bijhorende problemen.

"Ge zijt eigenlijk constant de hele dag bezig met twee dingen: hoe moet ik aan geld geraken en waar moet ik gaan zoeken. Ge kunt niet meer normaal functioneren."

"Mijn hulpvraag was eigenlijk financieel. Ik had geen geld meer genoeg om in mijn behoeften te voorzien en ik wou eigenlijk uit de cirkel komen van niet genoeg geld. Wat moest ik doen […], want ik wou dus niet in de criminaliteit stappen."

"Ja, de eerste keer dat ik hulp ging zoeken, dat was uit pure noodzaak. Ik wou niet ziek zijn."

Nog anderen stapten op de hulpverlening af, vooral omdat ze eens wilden praten over hun druggebruik.

"Het meest van al om er een keer over te babbelen met iemand."

Huidige behoeften van druggebruikers

- Nood aan informatie

De meest duidelijke behoefte bij druggebruikers is een vraag naar meer informatie, onder meer over de effecten en risico's van druggebruik voor de gezondheid, maar ook over andere aspecten zoals hulpverlening, huisvesting en kinderzorg.

"Heel veel mensen weten niet welk gevaar ze lopen. Het is niet alleen aids en hepatitis. Er zijn nog veel meer ziektes dat ge kunt krijgen, hé. Veel mensen kennen aids en hepatitis, maar ik vind dat veel mensen eens dieper zouden moeten ingaan op hepatitis bijvoorbeeld. Ja, ze gebruiken een vuile spuit bijvoorbeeld en ze weten niet wat de gevolgen daarvan zijn (…)."

"Zelfs als je veilig gebruikt, kan je nog altijd gevaar lopen omdat je niet weet wat je gebruikt."

"Ik vind dat je teveel stappen moet ondernemen vooraleer je concreet bent bij die die je kan helpen. Je moet van daar naar daar lopen en het enige wat je op het einde van de dag hebt is een afspraak voor 's anderendaags. En ge moet het ook allemaal zelf gaan uitzoeken."

"Meer informatie naast drugs, bijvoorbeeld om aan een woning te geraken, wat je kan doen rond inkomen, positie als vrouw, kinderopvang, [...]. Zorgen dat mensen met hun 2 benen in de maatschappij kunnen staan en dat is meestal een gebrek aan informatie."

Men vindt het tevens belangrijk om de omgeving (vooral de ouders) voldoende te informeren over hoe ze best kunnen omgaan met hun zoon of dochter.

"Niet alleen de persoon, maar ook de ouders bijvoorbeeld. Die hebben ook genoeg voorlichting nodig: over hoe ze moeten omspringen met die persoon, als die terug naar huis komt of buiten komt of zo."

- Productcontrole en legalisering van drugs

Tijdens de focusgroepen met belangengroepen gingen verschillende stemmen op voor de legalisering van illegale drugs, omdat dit volgens hen één van de hoofdoorzaken is van alle drugproblemen en de problemen die daarmee samenhangen.

"Kijk als het legaal is, is het eerlijk voor iedereen. Diegene die dan nog steelt, dan weet je dat het niets met de drugs te maken heeft. Die die dan niet meer steelt, dan weet je dat het was omdat die het niet kon bekostigen. Mensen die in financiële problemen zitten, gaan ook beginnen stelen. Zolang het illegaal is, is het spelletje eigenlijk vervalst zowel voor de persoon als voor de maatschappij. Je kan er niet fatsoenlijk over oordelen. Ligt het nu aan de illegaliteit of aan de persoon. Om het te weten moet je alle mensen dezelfde start geven."

Op die manier zou men ook gemakkelijker tot een kwaliteitscontrole van verschillende drugs kunnen komen.

- Meer aandacht voor de oorzaken van het druggebruik

Heel wat druggebruikers geven ook aan dat er meer aandacht moet besteed worden aan de achterliggende oorzaken van het druggebruik. Men focust vooral op de drugproblemen zonder een oplossing te zoeken voor problemen die aan de basis lagen van het druggebruik, waardoor het probleem in stand gehouden wordt.

"[Daar] wordt alleen maar gezien naar uw methadon, terwijl er niet aan schuldbemiddeling wordt gedaan, er wordt niet naar uw woonsituatie gekeken, of papieren die nog in orde gemaakt moeten worden."

"Ik ken nog mensen die dan clean uit de hulpverlening komen en dan na 1 of 2 maanden herbeginnen. [...] Ze zijn dan volledig drugvrij, maar ze hebben dan weer identiek dezelfde gedragingen en hup dan loopt het weer slecht af gewoon omdat aan het probleem dat aan de basis lag, niets is gedaan. Dat probleem kan individueel of maatschappelijk zijn."

- Meer financiële middelen van de overheid

Sommige respondenten gaven aan dat de overheid eigenlijk meer middelen zou moeten vrijmaken en dat het eigenlijk onaanvaardbaar is dat mensen in een welvarend land zoals België in mensonwaardige omstandigheden moeten leven.

"Kun je dat uitleggen in een maatschappij waar er zoveel geld is, dat er toch zoveel mensen zijn die geen geld krijgen! Geen huis, geen beetje geld voor eten, hoe is het mogelijk!"

"Nu is die stop er hé. Het probleem zit hem in de staat, die veel meer geld zou moeten vrijmaken voor ons."

"Dat programma duurt zes maanden en dat is zes maanden geen inkomen. Allé ja, ik krijg een inkomen van de ziekenkas, maar dat is gene vette."

- Nood aan meer en betere preventie

Een thema dat in verschillende focusgroepen aan bod kwam, was de vraag naar meer preventie voornamelijk in scholen. Men vindt dat kinderen meer op de gevaren van druggebruik gewezen moeten worden en dat men ook meer moet stilstaan bij de gevoelens van jongeren. Welke zijn immers de redenen waarom iemand drugs begint te gebruiken?

"Ik heb twee jaar drugpreventie gegeven aan kinderen en dat was opgenomen in het lessenpakket van het lager middelbaar tussen 12 en 15 jaar. Waarom kan dat niet overal? Dat die mensen tenminste er iets van weten! Want nu zijn er zo weinig van op de hoogte. Het is altijd negatief, er wordt nooit eens serieus voorgelicht. Ze worden voorgelicht door mensen die er niets van af weten."

"Ik heb altijd gezegd: begin er gewoon niet aan. Als ze op het laatste van de voordracht aan mij vroegen of ik nog een raad kon meegeven zei ik altijd: zeg gewoon nee. Ge moet niet zeggen: ge kunt dat sporadisch eens proberen, want dan daagt ge hen al een beetje uit, dan kom je weer bij dat experimenteren en waar eindigt dat?"

Anderzijds zijn verschillende personen erg realistisch over het effect van dergelijke preventie en meent men dat het bij hen niet geholpen zou hebben.

"Neen, mensen luisteren daar niet naar, maar ik vind wel dat ze het moeten brengen, want er zijn er altijd die wel luisteren. Mensen met verstand luisteren ernaar."

Een aantal respondenten vindt dat de media een nogal dubbelzinnige en soms zelfs totaal verkeerde rol speelt bij de preventie van drug- en alcoholgebruik, doordat men dit promoot in de reclame, muziek en film.

"Wat ik ook niet begrijp is dat alcohol, dat is toch een serieuze problematiek in feite hé [...]. Voor 200 frank kunt ge u zat drinken en daar is de overheid mee akkoord. Jupiler sponsort zelfs de nationale voetbalploeg! Dat vind ik echt wel grof. Dat is een sportuitzending en dat kan wel en als wij een jointje smoren, steken ze ons in de gevangenis. De staat verdient er goed aan, dat is het probleem."

- Nood aan betaalbare huisvesting

In een aantal van de focusgroepen kwam ook de behoefte aan meer sociale en betaalbare woningen naar voor en ook de nood aan hulp bij het zoeken naar een woning.

"Om aan een sociale woning te geraken, moet ik op een lijst gaan staan waar ik 2 of 3 jaar moet wachten. Dat is onzin. Als ik zelf iets moet zoeken. Ik leef van 22 000 frank in de maand. Onder de 10 000 frank kan je al niets vinden."

"Dat er meer geholpen wordt om op zoek te gaan achter een woonst."

- Nood aan begeleiding bij tewerkstelling en opleiding

Een ander probleem vormt het vinden van een job, zeker indien men een strafblad heeft. Men vindt het niet onbelangrijk om hierbij enige ondersteuning te krijgen.

> *"Ze [de werkgevers] hebben wel recht op informatie, maar ze hoeven toch niet per se te weten dat ik vroeger aan de drank of aan de medicatie heb gezeten! Door het feit dat dat op dat blad staat, geraak ik niet aan werk. En omdat ik niet aan werk geraak, kom ik misschien in een isolement, waardoor ik nog meer alcohol en drugs gebruik. Dat is een kringloop."*

> *"Werk vinden, maar dat is allemaal niet zo eenvoudig. Er is heel weinig steun die je daar rond krijgt."*

Een ander probleem dat wordt aangekaart is het feit dat bijscholingen vaak heel lang duren, wat niet evident is eens men een bepaalde leeftijd heeft.

> *"Drie jaar opleiding, als ge onze leeftijd hebt, dat is veel te lang. Er moeten kortere programma's bestaan."*

- Betere bereikbaarheid en toegankelijkheid van de drughulpverlening

Een aantal personen dat momenteel in begeleiding is, wijst op de nood aan meer en beter bereikbare begeleidingscentra.

> *"Meer centra: hij komt van Kortrijk, zij komt van Torhout, hij ook. Die zijn verplicht om naar hier te komen naar Brugge."*

Wat de ligging van deze centra betreft, bestaat geen eensgezindheid. De ligging in het centrum van de stad wordt daarbij door een aantal respondenten in vraag gesteld, hoewel dit in tegenspraak is met wat hiervoor gezegd werd over de gemakkelijke bereikbaarheid van deze centra.

> *"Hier komt ge uwen methadon halen. Ge gaat door en van hier twee straten verder en ge zijt misschien twintig dealers tegengekomen. En dat is wel, als ge dan een zwak karakter hebt, dan blijf je wel gebruiken [...]. Ik zou graag een andere plaats, niet in de stad."*

Ook de uitbreiding van de openingsuren van deze centra ('s avonds en eventueel zelfs 's nachts) dringt zich volgens sommigen op.

> *"Dat mensen altijd en overal terechtkunnen. Dat je altijd een praatje zou kunnen maken met mensen die daarvoor openstaan. Altijd opvang [...]. En dat de spuitenruil ook 's avonds en 's nachts is."*

> *"Hulpverleners slapen als druggebruikers waken."*

Sommigen vinden het belangrijk om op één plaats een beroep te kunnen doen op verschillende hulpverleningsvormen.

> *"We komen hier onze methadon halen. Hier ook andere hulp zou gemakkelijk zijn."*

Een aantal mensen pleit er tevens voor om de substitutiebehandeling en spuitenruil los te koppelen van de drugvrije behandeling en nazorg.

"Ik ben bijvoorbeeld al een tijd gestopt en als je dat alle twee [gesprekken en spuitenruil] in hetzelfde gebouw zou doen en iemand die gestopt is ziet daar een spuit en alcohol en zo liggen, dan komt die daar slecht van. Die verleiding is te groot dan."

- Nood aan meer persoonlijke begeleiding en het inschakelen van (ex-)druggebruikers bij de hulpverlening

Verschillende respondenten wijzen op de nood aan meer begeleiders en meer persoonlijke begeleiding. Van zo'n persoonlijke begeleider verwacht men dat hij hen opvolgt en stimuleert om regelmatig op gesprek te komen.

"Meer persoonlijke begeleiding van hieruit. Ook iemand die mij een beetje kan stimuleren om op zijn minst één keer een gesprek te komen voeren, zien hoe mijn situatie is, want uiteindelijk zit ik hier al zeven jaar in het programma, maar ik kom geen stap vooruit."

Tijdens de focusgroepen met belangengroepen werd geopperd om meer ex-druggebruikers in te schakelen als ervaringsdeskundigen bij de hulpverlening aan druggebruikers. Zij begrijpen immers beter de situatie van druggebruikers. Nu gebeurt dit bijna uitsluitend in een aantal residentiële centra. Men geeft wel aan dat voor deze mensen een degelijke opleiding voorzien moet worden.

"Die mensen weten wat er aan de hand is, hoe de vork in de steel zit. Dat is een droom voor mij [...] en vooral met jongeren gaan werken."

- Nood aan meer en betere nazorg

De focusgroepen maakten duidelijk dat het dikwijls ontbreekt aan nazorg, vooral in functie van het opbouwen van sociale relaties en het zoeken naar een woning en werk.

"Rond die verslaving werken is eigenlijk nog maar niets. Dat is het gemakkelijkste van gans de hoop. De sociale situatie verbeteren van de persoon zelf. Daar zou er wel meer werk van moeten gemaakt worden, want dan zouden er veel meer zijn die er uit zouden geraken. Maar als er daar niets verandert, zit je altijd maar in dezelfde stront te draaien en dan doe je weer hetzelfde als ervoor."

"Er zou een soort organisatie moeten bestaan die mensen kan begeleiden, die mee kan zoeken naar werk of een woning of die u mee gaat introduceren in een vereniging of zo, zodat je uit die cirkel geraakt."

Een ander aspect dat hierbij geregeld aan bod komt, is de vraag naar een zinvolle dagbesteding. Wat men hier juist onder verstaat, kon men echter niet verduidelijken.

"Ik wil iets doen om mijn tijd te verdoen."

- Duidelijke wettelijke regeling

In een aantal focusgroepen kwam de nood aan een duidelijke wettelijke regeling omtrent drugbezit en -gebruik aan bod. Men vindt dat momenteel dikwijls met verschillende maten en gewichten geoordeeld wordt over drugbezit.

"Daar komt nog bij dat, als je dan een verleden hebt, je voor een zakje wiet van 500 frank opgepakt en in de gevangenis gestoken wordt en als je een studentje zijt dat in zijn eerste jaar een jointje smoort laten ze je lopen."

De nieuwe federale drugnota blijkt volgens sommige respondenten nog steeds zeer vaag en omvat verschillende lacunes.

> *"Ze tolereren gebruik, maar je moet wel in de misdaad gaan om eraan te geraken. Ge moet bij een dealer gaan of de grens overgaan. Hoe moet je er dan aan geraken? Het is zo onduidelijk, die wetgeving klopt niet. Ofwel ja, ofwel nee."*

- Meer respect en vertrouwen

Ook uit de tevredenheidsstudie bleek dat druggebruikers vinden dat er meer nood is aan een meer respectvolle benadering van druggebruikers bij bepaalde hulpverleners. Een aantal druggebruikers vraagt dan ook dat hulpverleners meer begrip zouden opbrengen voor hun situatie en dat ze meer als mens behandeld zouden worden.

> *"Gewoon dat je als mens behandeld wordt en niet als numero, of als barcode."*

3.2. Secundaire analyse van focusgroepen in het kader van de MSOC-evaluatiestudie in Gent en Oostende (De Ruyver et al., 2001)

Enkele van de thema's die tijdens de focusgroepen in het kader van het VAD-onderzoek aan bod kwamen, werden ook teruggevonden in het gegevensmateriaal van de MSOC-evaluatiestudie. Deze thema's worden hieronder belicht.

- Substitutiebehandeling

Velen vinden het positief dat de MSOC's methadon verstrekken, wat hen helpt om een menselijker en normaler leven te lijden. Men waardeert bovendien dat hulpverleners begrip tonen voor hun situatie en bijvoorbeeld bijgebruik tolereren.

> *"Ge moet niet lopen zoeken achter heroïne. Ge moet ook geen geld stelen om drugs te kopen. Ge komt er binnen en je hebt uw methadon. Je bent bijgevolg niet ziek en kunt gewoon naar huis gaan. Als je hervalt is het een garantie dat je niet verder de dieperik ingaat."*

> *"Ik vind dat het MSOC meer begrip toont voor onze situatie. Herval is geen drama voor hen. Ze zijn ook makkelijker wat methadon betreft [...]. Ergens anders heerst meer de mentaliteit dat je overal vanaf moet geraken."*

Wel meent men dat men te weinig inspraak krijgt bij het bepalen van de medicatie of substitutieproducten, bijvoorbeeld wanneer men wil afbouwen.

> *"Je beslist zelf niet wanneer je naar beneden gaat. En dat vind ik persoonlijk al verkeerd. Ge moet dat zelf mogen aanbrengen om te zakken. Ge moet al een goede reden geven als je naar beneden wil gaan."*

Hierbij wordt ook gesuggereerd om een apart loket te voorzien voor de medicatie- en methadonverstrekking, zodat deze vlotter verloopt.

> *"Ik moet dagelijks om mijn medicatie en mijn beste moment is dat ik er op 13 seconden weer buiten ben. Hoe sneller er buiten hoe beter [...]. Slechtste ervaring is dat je er 20 minuten moet zitten wachten voor uw pilletjes. Als we enkel komen voor medicatie zou het zelfs een apart loket moeten zijn."*

Niet alle cliënten blijken echter tevreden over methadon als substitutieproduct en vinden het moeilijk om af te bouwen met methadon.

> *"Ik ben enkel nog verslaafd aan methadon. De afkick van methadon is mijns inziens zwaarder dan van heroïne."*

> *"Maar ik vind wel dat methadon niets aan de verslaving verhelpt. Zolang ik methadon neem, heb ik er de eerste week een goed gevoel van, maar na één week krijg ik weer zin om bij te gebruiken. Ik vind dat goed voor een afbouwsysteem. Als ge dat te lang neemt, is dat niet goed."*

- *Personeel*

MSOC-cliënten vinden het belangrijk dat ze een vertrouwensrelatie kunnen aangaan met een hulpverlener.

> *"Alles kunnen vertellen en weten dat ze je niet scheef gaan bekijken, als je vertelt wat je allemaal al gedaan hebt."*

Anderzijds geeft een aantal respondenten aan dat ze soms weinig respectvol benaderd worden door bepaalde hulpverleners en teveel over dezelfde kam geschoren worden met andere druggebruikers.

> *"Sommigen die werken met druggebruikers doen alsof we allemaal dezelfde manipulatoren zijn."*

- Behandeling en begeleiding

Wanneer het andere hulpverlenings- en opvangvormen betreft, wordt het werken met wachtlijsten in bepaalde voorzieningen als zeer negatief ervaren. Zeker als men erg gemotiveerd is om een bepaalde behandeling te starten kan dit zeer demotiverend werken.

> *"Voor mij is het zwaarste probleem dat als men dan op een bepaald moment gemotiveerd is, dat men dan te maken krijgt met wachtlijsten."*

> *"Als ze u op die moment afwimpelen, [...] dan kom je niet meer terug."*

- Spoed- en crisisopvang

In verband met spoed- en crisisopvang worden vooral negatieve uitspraken gehoord. Wanneer men een hulpvraag stelt, wil men ook direct geholpen worden en niet van het kastje naar de muur gestuurd worden.

> *"Het moment dat je aanklopt is het moment van nood en net dan moet je geholpen worden. Als je zelf zegt dat het nodig is, is dat geen loze beslissing. We stellen geen hulpvraag zomaar voor de lol. Ons probleem wordt niet rondgedragen zomaar."*

Bij gebrek aan andere alternatieven komen hierdoor veel druggebruikers op spoedafdelingen van algemene ziekenhuizen terecht.

- Informatie

Heel wat van de deelnemers aan deze focusgroepen menen dat ze te weinig informatie krijgen over het bestaande hulpverleningsaanbod. De meeste informatie krijgt men gewoonlijk van andere druggebruikers, maar ze vinden dat de hulpverlening deze rol meer zou moeten opnemen.

- Huisartsen

Tijdens deze focusgroepen wordt nogal wat kritiek geformuleerd op huisartsen, omdat die niet altijd gepaste hulp bieden en dikwijls te weinig afweten van de problematiek.

> *"Ge zijt verslaafd geweest aan de speed en ze schrijven u methadon voor!"*

- Laagdrempelige opvang

Een aantal druggebruikers geeft aan dat er nood is aan laagdrempelige opvangplaatsen, waar men iets kan eten of drinken of gewoon een babbeltje kan slaan zonder veel verplichtingen of zonder met hulpverleners geconfronteerd te worden.

> *"Ze [de hulpverleners] willen direct alles weten en eigenlijk is dat niet nodig. Ge gaat binnen en ze vragen of ge nog andere problemen hebt [...]. Ze gaan er achter vissen. En dat vinden we niet plezant."*

- Tewerkstelling

Een aantal respondenten geeft aan dat de hulpverlening meer zou kunnen doen om mensen op weg te zetten om een job te vinden. Werk kan hen immers helpen om structuur te geven aan hun leven, terwijl ze zich anders vervelen. Het feit dat men slechts voor interim-tewerkstelling in aanmerking komt als men een bewijs van goed gedrag en zeden kan voorleggen, vormt voor velen een struikelblok.

> *"Ik bied me aan in de havenzone. Maar binnen de 5 dagen moet ik dat attest afgeven ofwel moet ik stoppen. Als je eerlijk bent en dat op voorhand zegt, heb je geen kans."*

> *"Ik ga 's morgens naar de jobclub. In de namiddag heb ik last om me niet te vervelen. Soms ga ik blowen om me niet te vervelen. Werk deelt mijn dag in. 's Avonds heb ik dan vrije tijd."*

- Gevangenis

Heel wat deelnemers aan de focusgroepen uiten kritiek op de hulpverlening voor druggebruikers in de gevangenis. Soms wordt de onderhoudsbehandeling met methadon stopgezet, wanneer men in de gevangenis komt.

> *"Het grootste probleem is dat als ge methadon pakt en ge vliegt binnen, moet ge niet denken dat ge dat daar gaat krijgen."*

Een andere veel gehoorde kritiek betreft de nazorg eens men uit de gevangenis ontslagen is.

> *"Als je uit de gevangenis komt, word je zomaar op straat gezet en dan begint de straf pas echt."*

4. Discussie en aanbevelingen

De beoogde reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg onder de vorm van zorgcircuits voor een aantal specifieke doelgroepen zoals druggebruikers vormde de aanleiding voor dit onderzoek (cf. Knapen & Van Holsbeke, 1997; VAD, 2001). De cliënt en zijn hulpvraag worden hierbij als uitgangspunt genomen. Wil men echter een beter zicht krijgen op zorgbehoeften van bepaalde groepen cliënten, dan dringt een kwantitatieve en kwalitatieve behoefteanalyse zich op (Vanderplasschen et al., 2001a). Samen met deze groeiende aandacht voor de hulpvraag van cliënten komt ook steeds meer nadruk te liggen op de kwaliteit van zorg en evaluatie van verschillende behandelingsvormen (Vanderplasschen et al., 2002). De tevredenheid van cliënten over het hulpverleningsaanbod blijkt een steeds belangrijker parameter voor het meten van die kwaliteit (van Wijngaarden, 2001). Ten slotte blijkt het perspectief van de cliënt vaak een ontbrekende variabele bij de uitbouw van het hulpverleningsaanbod (Arden, 2002; Southwell, 2002), hoewel uit verschillende onderzoeken blijkt dat druggebruikers hierbij een niet onbelangrijke rol kunnen spelen (Hser et al., 1999). Het feit dat hulpverleners zorgbehoeften van cliënten meestal anders inschatten dan cliënten zelf (Molenberghs & Vandersmissen, 2000), benadrukt alleen maar het belang van een behoefte- en tevredenheidsonderzoek bij druggebruikers.

In Vlaanderen is momenteel erg weinig informatie beschikbaar over de zorgbehoeften en tevredenheid van druggebruikers, behalve vanuit de recent afgeronde MSOC-evaluatiestudie (Pelc et al., 2001). Met dit kleinschalig en exploratief onderzoek hadden we dan ook de bedoeling zicht te krijgen op de zorgbehoeften en tevredenheid van een aantal druggebruikers dat in contact komt met andere laagdrempelige hulpverleningsvormen en met druggebruikers die momenteel geen beroep doen op de categoriale drughulpverlening en aangesloten zijn bij een belangengroep. Gezien het kleine aantal respondenten, de selectie van de proefgroep en de keuze voor focusgroepen als onderzoeksmethode mogen de uitspraken van de deelnemers aan deze focusgroepen geenszins veralgemeend worden. Bovendien betreft het allemaal druggebruikers die nog geen enkele behandeling succesvol afgerond hebben, althans niet wanneer dit gemeten wordt op basis van de klassieke outcome-variabele ("totale abstinentie"). Het perspectief van deze druggebruikers kan dan ook niet veralgemeend worden naar andere (ex-)druggebruikers, die momenteel een residentiële behandeling volgen of succesvol hebben afgerond (Fountain et al., 2000). Om een beter zicht te krijgen op de zorgbehoeften en tevredenheid van druggebruikers in behandeling in residentiële centra (crisisinterventiecentra, kortdurende therapeutische programma's, psychiatrische ziekenhuizen, therapeutische gemeenschappen), wordt dit onderzoek in het kader van een licentiaatsverhandeling verder uitgebreid naar cliënten in deze centra. Gezien we op basis van dit kwalitatief onderzoek slechts een eerste indruk krijgen van een aantal zorgbehoeften van druggebruikers en hun tevredenheid over een beperkt aantal centra, wordt dan ook aangeraden om dit onderzoek uit te breiden naar een veel groter, representatief aantal druggebruikers. Hierbij dienen zowel personen betrokken te worden die niet (of nog niet) in contact kwamen met de categoriale drughulpverlening, als druggebruikers die momenteel een beroep doen op deze hulpverleningscentra en die er in het verleden al dan niet succesvol een behandeling hebben gevolgd.
De heterogene samenstelling van de proefgroep wat betreft leeftijd, geslacht en woonplaats en de totaalbenadering van de tevredenheidsstudie maakt dat heel veel verschillende zorgbehoeften werden geformuleerd en dat de cliëntwaardering ook heel uiteenlopende voorzieningen betreft. Bij een verkennend onderzoek heeft dit als voordeel dat men zicht krijgt op een veelheid van zorgvragen die er leven bij de bevraagde doelgroep en op aspecten die maken dat druggebruikers al dan niet tevreden zijn over de verkregen hulp. Naar de toekomst toe lijkt het ons echter aangewezen om in bepaalde regio's behoefteonderzoek te verrichten bij een aantal specifieke doelgroepen, zoals druggebruikende vrouwen, allochtone druggebruikers, minderjarige druggebruikers, druggebruikers die nog nooit contact hebben gehad met de hulpverlening, ... Tevens lijkt het ons ook aan te raden om het meten van de tevredenheid te focussen op bepaalde

specifieke hulpverleningsvormen of voorzieningen, zodat dieper doorgegaan kan worden op bepaalde tekortkomingen of positieve aspecten binnen het hulpverleningsaanbod. De thema's die tijdens dit VAD-onderzoek naar voor kwamen zullen allicht indicatief zijn voor de thema's die bij dergelijk gericht en meer grootschalig behoefte- en tevredenheidsonderzoek aan bod moeten komen.

Focusgroepen zijn een erg nuttig instrument gebleken voor het verzamelen van het onderzoeksmateriaal. Door mensen met gelijkaardige ervaringen samen te brengen, kon een opbouwende discussie tot stand komen. De deelnemers kunnen ook vrijuit hun mening uiten, omdat ze zich gesterkt voelen door de andere participanten (Conners & Franklin, 2000). Nadeel is wel dat de meest mondige personen dikwijls het meest aan het woord komen in een focusgroep. Wel is deze methodiek zeer gebruiksvriendelijk en om die reden ook toepasbaar in verschillende settings en bij verschillende doelgroepen. Zowel voor het nagaan van de tevredenheid van de betrokken druggebruikers, als voor het inschatten van hun zorgbehoeften zijn focusgroepen een geschikt instrument gebleken. Voor een meer representatief beeld is het allicht aangewezen om deze methode te combineren met andere methoden zoals een aantal diepte-interviews en afname van een vragenlijst voor het meten van de tevredenheid van cliënten (Fountain et al., 2000). In Nederland werd onlangs een betrouwbaar en valied instrument ontwikkeld ("de Thermometer") voor het meten van cliëntwaardering in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (van Wijngaarden et al., 2001). Het loont allicht de moeite om na te gaan in hoeverre dit instrument ook bruikbaar is binnen de Vlaamse context.

Uit dit onderzoek is gebleken dat druggebruikers een niet onbelangrijke informatiebron zijn bij het beoordelen van de kwaliteit van het hulpverleningsaanbod. Verschillende thema's kwamen daarbij aan bod en worden hieronder beknopt weergegeven. Het is opvallend dat de thema's die tijdens de focusgroepen werden besproken ook terugkeren in gelijkaardige binnen- en buitenlandse onderzoeken, wat een indicatie geeft van de betrouwbaarheid en validiteit van onze onderzoeksresultaten, ook al betreft het slechts een beperkte proefgroep.

Druggebruikers hechten veel belang aan een goede hulpverleningsrelatie. Men vindt het belangrijk om een persoonlijke begeleider te hebben die hen gedurende langere tijd opvolgt en waar ze altijd bij terecht kunnen. Dit sluit nauw aan bij wat men in de literatuur verstaat onder "case management" (Vanderplasschen et al., 2001c). Ook een professionele houding van hulpverleners en het feit dat men bij iemand terecht kan voor een gesprek worden gewaardeerd (De Ruyver et al., 2001). Het lijkt ons belangrijk te investeren in een goede hulpverleningsrelatie gezien onderzoek aantoont dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen een goede hulpverleningsrelatie en een positieve behandelingsuitkomst (Consonant, 1997; Fiorentine et al., 1998).
Verschillende respondenten uit ons onderzoek gaven echter aan dat ze niet altijd respectvol benaderd worden door hulpverleners, wat ook reeds bleek uit andere studies (Consonant, 1997; De Ruyver et al., 2001). Ook hekelt men de gebrekkige communicatie tussen hulpverleners, waardoor men tegen verschillende hulpverleners steeds weer hetzelfde verhaal moet gaan vertellen (cf. Consonant, 1997). Ook stafwisselingen binnen voorzieningen waardoor men met andere hulpverleners in contact komt, worden doorgaans negatief beoordeeld (Neale, 1998a). Andere duidelijke behoeften die door druggebruikers uitgesproken worden zijn meer privacy en meer inspraak bij de behandeling. Professionaliteit van hulpverleners wordt door de meeste druggebruikers vrij hoog ingeschat, maar anderzijds vindt men het ook belangrijk dat men binnen de hulpverlening meer een beroep zou doen op ex-druggebruikers of druggebruikers die aan het herstellen zijn van hun verslaving (Copeland & Swift, 1996). Dit kan een belangrijke meerwaarde bieden, gezien deze personen de problemen van druggebruikers meestal beter begrijpen en ook specifieke kennis hebben over drugs, die iemand die nog nooit drugs heeft gebruikt niet kan hebben (Neale, 1998b; Fountain et al, 2000). Het inschakelen van dergelijke "ervaringsdeskundigen"

kwam in verschillende focusgroepen aan bod en men ziet dit onder meer als een oplossing voor het gebrek aan personeel in bepaalde voorzieningen. Op basis van voorgaande kritieken lijkt een degelijke en vrij uitgebreide basisopleiding ons niet alleen voor deze ervaringsdeskundigen, maar ook voor andere hulpverleners aangewezen. Ten slotte lijkt het ons niet onbelangrijk dat ook meer aandacht besteed wordt aan de drugproblematiek en de behandeling ervan in hogescholen en universiteiten.

De hoogdrempeligheid van bepaalde voorzieningen vormt dikwijls een belangrijke barrière naar bepaalde voorzieningen toe (De Ruyver et al., 2001; Fleming, 2001). De confrontatie met regels en structuur en de beperking van hun individuele vrijheid vormt voor de meeste respondenten de voornaamste struikelblok naar dergelijke hulpverleningsvormen toe (Consonant, 1997). De door ons bevraagde druggebruikers zien dan ook therapie niet als belangrijkste doelstelling van de hulpverlening (cf. Consonant, 1997; De Ruyver et al., 2001). Sommige respondenten vinden bovendien dat je in residentiële voorzieningen te veel wordt afgeschermd van de maatschappij, waardoor de reïntegratie achteraf moeilijk verloopt.
De laagdrempeligheid van bepaalde ambulante voorzieningen zoals medisch-sociale opvangcentra wordt daarom positief beoordeeld (De Ruyver et al., 2001): het feit dat je 's avonds gewoon naar huis kan, gewoon kan binnen en buiten lopen (Neale, 1998a) of dat je enkel op gesprek moet gaan als je zin hebt om te praten. Het feit dat sommige voorzieningen bijgebruik door de vingers zien, wordt door velen gezien als een vorm van begrip voor hun situatie (De Ruyver et al., 2001).

Heel wat kritiek wordt geformuleerd ten aanzien van de falende nazorg (Neale, 1998a). Men werkt vooral in het hier-en-nu, maar men wordt maar weinig voorbereid op hetgeen daarna komt, waardoor heel wat druggebruikers terug in hetzelfde straatje terechtkomen (cf. De Ruyver et al., 2001). Een andere veelgehoorde kritiek betreft het feit dat bij de behandeling niet altijd ingespeeld wordt op druggerelateerde of achterliggende problemen. Een meer comprehensieve probleemaanpak lijkt ons dan ook aan te raden.

Druggebruikers ervaren heel wat moeilijkheden bij het vinden van huisvesting en tewerkstelling en vragen dan ook meer hulp bij het zoeken van werk of een woning (cf. Consonant, 1997; Hser et al., 1999; De Ruyver et al., 2001). Druggebruikers worden hierbij vaak gediscrimineerd door huisbazen of werkgevers. Allicht kan hierbij soms een bemiddelende taak weggelegd zijn voor hulpverleners, omdat druggebruikers er meestal niet in slagen om zonder hulp uit deze vicieuze cirkel te geraken (cf. Siegal, 1998). Werk wordt in de literatuur meestal gezien als een cruciale factor voor een succesvolle rehabilitatie (Schottenfeld et al., 1992). Een zinvolle dagbesteding blijkt voor verschillende druggebruikers een belangrijke nood.

De substitutiebehandeling was ook dikwijls onderwerp van gesprek tijdens de focusgroepen, maar hierrond bestaat geenszins een eenduidige visie onder druggebruikers (cf. Neale, 1998b; De Ruyver et al., 2001). Heel wat druggebruikers zijn tevreden met het feit dat ze methadon krijgen, omdat ze daardoor niet meer op zoek moeten gaan naar drugs en het hen ook helpt om niet meer ziek te zijn bij het afbouwen van het druggebruik. Personen die reeds een aantal jaren een onderhoudsbehandeling met methadon volgen, zien een methadonsubstitutiebehandeling veeleer als het verleggen van het probleem en vinden het veel moeilijker om af te kicken van methadon dan van heroïne (Fountain et al., 2000). Er is ook een duidelijke vraag naar meer inspraak bij het bepalen en afbouwen van de methadondosis (cf. De Ruyver et al., 2001).
Ook wat betreft de methadonverstrekking wordt er heel wat kritiek geuit. Men pleit hierbij onder meer voor meer flexibiliteit (Fountain et al., 2000; De Ruyver et al., 2001): sommigen vinden het behoorlijk vervelend dat ze elke dag om hun methadon moeten en niet gewoon hun methadon kunnen meekrijgen voor een bepaalde tijd. Men wijt dit aan een gebrek aan vertrouwen van hulpverleners. Over de methadonverstrekking in de gevangenis blijken de meeste druggebruikers erg ontevreden (cf. Neale, 1998b), omdat men, eens men onder een

bepaald niveau staat, geen methadon meer voorgeschreven krijgt. Dit weerhoudt sommige druggebruikers ervan om hun methadondosis af te bouwen.
Bovendien wordt de nood aan meer informatie over de effecten en risico's van methadon geformuleerd. Een aantal druggebruikers is erg bezorgd over de langetermijneffecten van methadon (cf. Consonant, 1997; De Ruyver et al., 2001). De door ons bevraagde druggebruikers hechten vooral veel belang aan de behandeling van lichamelijke gezondheidsklachten en aan gezondheidsbevordering (cf. Hser et al., 1999; De Ruyver et al., 2001). Over het algemeen wensen druggebruikers meer informatie over de risico's van druggebruik en over het beschikbare hulpverleningsaanbod (cf. Consonant, 1997; De Ruyver et al., 2001). Bovendien bleek uit ons onderzoek dat cliënten niet altijd juiste informatie krijgen over de behandeling die ze startten.

De meningen over huisartsen zijn nogal verdeeld, ook al omdat het heel veel verschillende personen betreft. Sommige druggebruikers zijn erg tevreden over de hulp die ze van hun huisarts krijgen, maar verschillende respondenten gaven aan dat sommige huisartsen niet bereid zijn hen te helpen (cf. Fountain et al, 2000) of soms ook weinig afweten van hun problematiek (cf. Consonant, 1997; De Ruyver et al., 2001). Bovendien wordt duidelijk dat sommige artsen erg gemakkelijk medicatie voorschrijven (Neale, 1998b), wat zeker niet door alle druggebruikers als negatief wordt ervaren.

Het feit dat in sommige voorzieningen wachtlijsten bestaan, maakt dat niet ingespeeld kan worden op de actuele behoeften van een groep druggebruikers die geholpen wil worden (Consonant, 1997; Fountain et al., 2000). Het lijkt ons echter zeer belangrijk om een onmiddellijk antwoord te kunnen bieden op de hulpvraag van deze personen. Eens druggebruikers besloten hebben om zich te laten helpen, willen ze niet te horen krijgen dat ze nog een paar weken moeten wachten voordat ze geholpen kunnen worden.
De kritiek op de wachtlijsten gaat samen met het gebrek aan spoed- en crisisopvang binnen de drughulpverlening, wat maakt dat directe en concrete hulp dikwijls niet beschikbaar is. Bovendien hebben sommigen het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden en geen concreet antwoord te krijgen op hun hulpvraag (Bullens & De Ruyver, 2001).

Besluit

Uit dit onderzoek is gebleken dat het niet onbelangrijk is om het perspectief van druggebruikers op het hulpverleningsaanbod te beluisteren. Hun visie komt immers niet altijd overeen met deze van hulpverleners en biedt in die zin een meerwaarde bij het uitbouwen van het zorgaanbod. De druggebruikers die betrokken waren bij dit onderzoek staan over het algemeen erg kritisch tegenover de hulpverlening en reiken een aantal mogelijkheden tot verandering aan.
Bij het beluisteren van de zorgbehoeften en tevredenheid van de betrokken druggebruikers kon een zekere analogie vastgesteld worden met de nieuwe beleidsvisie inzake geestelijke gezondheidszorg (Aelvoet, 2001) en de modules die in de "Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik" (Vanderplasschen et al., 2001a) uitgewerkt werden. Zo werd onder meer de nood aan meer zorg op maat en meer persoonlijke begeleiding benadrukt en pleit men ook voor meer inspraak en participatie. De nazorg, spoed- en crisisopvang en methadonsubstitutiebehandeling vormen andere belangrijke aandachtspunten. Daarnaast dient men onder meer ook meer aandacht te besteden aan de toegankelijkheid van de zorg, meer informatie over het hulpverleningsaanbod en de risico's van druggebruik, het betrekken van (ex-)druggebruikers in de laagdrempelige hulpverlening, druggerelateerde problemen, zoals familiale problemen, huisvesting, tewerkstelling en dagbesteding.
Uiteindelijk hebben we met dit kleinschalig en exploratief onderzoek een aanzet willen geven voor een meer grootschalig behoefte- en tevredenheidsonderzoek in de verslavingszorg. Het lijkt ons dan ook interessant om de thema's die uit dit onderzoek naar voor komen te bevragen bij een grote en representatieve groep druggebruikers aan de hand van verschillende onderzoeksmethoden.

5. Referenties

Aelvoet, M. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg* (Beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg van Magda Aelvoet, Federaal minister voor Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu in samenwerking met Frank Vandenbroucke, Federaal Minister voor Sociale Zaken en Pensioenen). Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.

American Statistical Association (1997). *What are focus groups?* (A.S.A. Series). Online te raadplegen op http://www.amstat.org/sections/srms/brochures/focusgroups.pdf

Arden, K. (2002). What drug issues do drug users think are important and what policies do they want? In: International Harm Reduction Association. Book of abstracts (13th International Conference on the Reduction of Drug related Harm, 3-7 March 2002). Ljubljana, Slovenië: International Harm Reduction Association, 87.

Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. & Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: An overview. *European Addiction Research, 5*(1), 21-35.

Conners, N.A. & Franklin, K.K. (2000). Using focus groups to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 313-320.

Consonant (1997). *Je wordt als junk behandeld:* verslag van een aantal focus-groups onder cliënten van het Boumanhuis en de Stichting Symbion (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Rotterdam: Consonant.

Copeland, J. & Swift, W. (1996). Treatment needs and experiences of Australian women with alcohol and other drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 211-219.

Decorte, T. (2001). Quality control by cocaine users: underdevelopped harm reduction strategies. *European Addiction Research, 7*, 161-175.

De Sleutel (2001). *Jaarverslag 2000* (niet-gepubliceerd jaarverslag). Merelbeke: De Sleutel.

Derluyn, I., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2000). *Drugverslaafden met jonge kinderen: een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen* (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent – Brussel: De Kiem – Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

De Ruyver, B., Bosman, G., Bullens, F. & Vander Laenen, F. (2001). *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers van Gent en Oostende* (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, Onderzoeksgroep Drugbeleid en Internationale Criminaliteit.

De Ruyver, B. & Casselman, J. (2000). *Het Belgisch drugbeleid anno 2000 : een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs* (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Leuven – Gent: Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoeksgroep Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg – Universiteit Gent, Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk Beleid en Internationale Criminaliteit.

De Weert-Van Oene, G. & Schrijvers, A. (1992). *Van lappendeken naar zorgcircuit: circuitvorming in de Utrechtse verslavingszorg*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Algemene gezondheidszorg en epidemiologie.

Federale Regering (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek* (niet-gepubliceerde beleidsnota). Brussel: Federale Regering.

Fiorentine, R. (1998). Effective drug treatment. Testing the distal needs hypothesis. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 15 (4), 281-289.

Fleming, P. (2001). *The role of treatment services in motivating and deterring treatment entry. Exploring the views of opioid-dependent drug users*. Kent, England: Wells Healthcare Communications, Ltd.

Fountain, J., Strang, J., Griffiths, P., Powis, B. & Gossop, M. (2000). Measuring met and unmet need of drug misusers: integration of quantitative and qualitative data. *European Addiction Research*, 6, 97-103.

Grella, C.E. (1996). Background and overview of mental health and substance abuse treatment systems: meeting the needs of women who are pregnant or parenting. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (4), 319-343.

Grella, C.E. (1997). Services for Perinatal Women with Substance Abuse and Mental Health Disorders: The Unmet Need. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 67-78.

Horowitz, R. (2000). *Behoefteonderzoek geestelijke gezondheidszorg: perceptie van de bevolking* (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Brussel: Coordination Interrégionale des Associations et des Travailleurs (CIRAT).

Hser, Y., Polinsky, M.L., Maglione, M. & Anglin, M.D. (1999). Matching clients' needs with drug treatment services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16 (4), 299-305.

Katz, M.H., Cunningham, W.E., Mor, V., Andersen, R.M., Kellogg, T., Zierler S., Crystal, S.C., Stein, M.D., Cylar, K., Bozzette, S.A. & Shapiro, M.F. (2000). Prevalence and predictors of unmet need for supportive services among HIV-infected persons: impact of case management. *Medical Care*, 38(1), 58-69.

Klein, D., Crim, D. & Zahnd, E. (1997). Perspectives of pregnant substance-using women: findings from the California perinatal needs assessment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 55-66.

Knapen, J. & Van Holsbeke, J. (1997). Een masterplan voor de organisatie en inhoudelijke vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg. Situering van en toelichting bij twee adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. *Hospitalia, 41*(4), 148-151.

Kok, I. (2001). De thermometer: waarderingsonderzoek. *Kwaliteit in beeld, 5*, 14-16.

Kuckartz, U. (1998). *WinMax Scientific text analysis for the social sciences: User's guide*. Londen: Scolari, Sage Publications.

McLellan, A.T., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G. & O'Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association, 269*, 1953-1959.

Molenberghs, G. & Vandersmissen, V. (2000). *Behoefteonderzoek geestelijke gezondheidszorg: perceptie van de professionele hulpverlener* (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Diepenbeek: Limburgs Universitair Centrum, Centrum voor Statistiek.

Nassen, E., Theunis, K., Du Laing, L. & Van Holsbeke, J. (1999). *Nieuw beschrijvend begrippenkader geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: Licap.

Neale, J. (1998a). Drug users' views of drug service providers. *Health and Social Care in the Community*, 6 (5), 308-317.

Neale, J. (1998b). Drug users' views of prescribed methadone. *Drugs: education, prevention and policy*, 5 (1), 33-45.

Pelc, I., De Ruyver, B., Casselman, J., Noirfalise, A. & Macquet, C. (2001). *Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers: algemeen rapport*. Brussel: Diensten van de Eerste Minister, Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden.

Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1114.

Schottenfeld, R.S., Pascale, R. & Sokolowski, S. (1992). Matching services to needs. Vocational services for substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9,* 3-8.

Siegal, H. (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment (TIP Series 27).* Rockville: U.S. Department of health and human services, Public Health Service, Substance abuse and mental health services administration, Center for substance abuse treatment.

Southwell, M. & Bath, N. (2002). Mind the gap: Users' views on treatment services for opioid dependence. 114. In: International Harm Reduction Association. Book of abstracts (13th International Conference on the Reduction of Drug related Harm, 3-7 March 2002). Ljubljana, Slovenië: International Harm Reduction Association, 114.

Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V., Van Bouchaute, J. (2001a). *Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 12). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Vanderplasschen, W., Lievens K., Broekaert, E. (2001b). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: Registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2000* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Vanderplasschen, W., Lievens K., Broekaert, E. (2001c). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen.* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (2002). Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation study in Belgium. *European Addiction Research, 8*(1), 10-21.

Vanderplasschen, W. & De Wilde, J. (2002). Satisfaction and needs of drugs users contacting treatment services. In: International Harm Reduction Association. Book of

abstracts (13th International Conference on the Reduction of Drug related Harm, 3-7 March 2002). Ljubljana, Slovenië: International Harm Reduction Association, 84.

Vandevelde, S., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2000). *Drughulpverlening aan allochtonen. Een exploratief onderzoek naar methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening.* Brussel - Gent: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen – Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Van Kerkhof, M. (2001). Thermometer cliëntwaardering: cliënten geven rapportcijfer. *Psy, 12,* 4-6.

Van Wijngaarden, B., Kok, I., Kurt, A., Hull, H. & van Ooyen, M. (2001). *Cliëntwaardering in de ggz: verslag van een pilot.* Utrecht: Trimbos-instituut – GGZ Nederland.

Vaughn, S., Schumm, J. S. & Sinagub, J. (1996). *Focus group interview in education and psychology.* Londen: Sage Publications.

World Health Organization. (1998a). *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment. Workbook 3. Needs Assessment.* Lissabon: European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction.

World Health Organization. (1998b). *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment. Workbook 6. Client Satisfaction Evaluations.* Lissabon: European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction.

Bijlage

1. Vragenlijst
2. Draaiboek focusgroepen

Vragenlijst behoefte- en tevredenheidsonderzoek

1a. Hoe lang ben je al in begeleiding in dit centrum?
1b. Hoe lang maak je al deel uit van deze belangengroep?

2a. Met welke vraag ben je terecht gekomen in dit centrum?
2b. Met welke bedoeling ben je aangesloten bij deze belangengroep?

3a. Krijg je de begeleiding die je nodig vindt?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Zo nee, wat zou je willen toevoegen?

3b. Sluit de manier van werken aan bij je verwachtingen?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Zo nee, wat zou je willen toevoegen?

4a. Wat vind je goed aan dit centrum (bv. openingsuren, aantal gesprekken, duur van de gesprekken, ...)?
4b. Wat vind je goed aan deze belangengroep?

5a. Wat vind je minder goed aan dit centrum?
5b. Wat vind je minder goed aan deze belangengroep?

6. Op welke voorzieningen heb je in het verleden reeds een beroep gedaan omwille van drugproblemen?

7. Wat is je meest positieve ervaring binnen de hulpverlening aan druggebruikers?

8. Wat is je meest negatieve ervaring binnen de hulpverlening aan druggebruikers?

9. Ben je...

- ❑ man
- ❑ vrouw

10. Hoe oud ben je?

11. Hoeveel keer ben je al in behandeling geweest?

12. Welke producten gebruik je op dit ogenblik en van welke producten vind je zelf dat je daar een probleem mee hebt?

	Gebruik	Probleem
Alcohol		
Amfetamines (speed)		
Cannabis		
Cocaïne		
Heroïne en andere opiaten		
Medicatie		
Methadon		
Tripmiddelen (LSD)		
XTC		

Draaiboek focusgroep

Vraag voor persoon die mensen heeft gerekruteerd: hoe mensen aangesproken en waarom die personen?

Belangrijk voor studenten:

- sfeerbeeld weergeven
- op de achtergrond blijven

Verloop focusgroep:

1. Voorstelling van mezelf en de studenten + welkomstwoordje
2. Doel van de focusgroep (vragenlijst!)
3. Enkele basisregels van een goede focusgroep (iedereen moet kunnen deelnemen, …)
4. Vertrouwen en privacy garanderen
5. Gebruik van de bandopnemer
6. Eigenlijke focusgroep: max. 2 uur + halverwege pauze voor het invullen van de vragenlijst
7. Afsluiting: herhaling/samenvatting, feedback participanten, verwijzing naar rapport en mogelijkheid om resultaten te bekomen, participanten bedanken en uitdelen bonnen

Thema's tijdens de focusgroep

- Inleiding (door stafmedewerker of door Joke) + kennismaking (Joke)

- Welke is jullie motivatie om deel te nemen aan de gespreksgroep?

- Hoe hebben jullie je eerste contact met de drughulpverlening ervaren? Wat was positief? Wat was negatief? (relatie met hulpverlener, goed ontvangen geweest?,...) Wat was jullie hulpvraag? Hebben jullie je hulpvraag moeten aanpassen/veranderen?

- Wat vonden jullie positief en negatief aan de voorzieningen voor hulpverlening aan druggebruikers? *(hier modules ter sprake brengen)* Gaat dit op voor alle voorzieningen? Leveren ze goed werk?

  Modules onder te verdelen in: informatie – spoed en crisisopvang – behandeling en ontwenning – begeleiding – nazorg – initiatieven gericht op ondersteuning van familie, tewerkstelling, financiële steun, ...

  Voor de mensen die reeds in meerdere voorzieningen op hetzelfde moment in begeleiding waren: hoe verliep de samenwerking en afstemming?

- Wat vinden jullie zelf belangrijk binnen de hulpverlening aan druggebruikers? Waar is er nood aan? Welke initiatieven zijn er nog nodig (adviezen aan minister)? Waar hebben jullie nood aan?

  Zouden jullie er zelf gebruik van maken?

- Heb ik iets niet gevraagd? Hebben jullie nog opmerkingen?

Modules

Informatie: gezondheidsvoorlichting, drugtelefoon (geven van telefonische informatie en advies), outreaching (opsporen van druggebruikers en hen in contact brengen met de hulpverlening), ...

Spoed- en crisisopvang: vroegdetectie (snelle reactie op een ontluikend probleem), vroeginterventie, crisisinterventie (opvang van en interventie bij crisissituaties), spoedopvang, ...

Behandeling en ontwenning: substitutiebehandeling (toedienen van één of andere substitutiemedicatie), individuele behandeling, groepsbehandeling, dagopvang (organisatie van dagactiviteiten gekoppeld aan psychosociale opvang), somatische zorg (verzorging en behandeling van somatische problemen), detoxificatie (lichamelijke ontwenning), psychiatrische behandeling, kortdurend groepsprogramma (< 3 maanden), langdurend groepsprogramma (> 3 maanden), deeltijdbehandeling (combinatie parttime behandeling en een andere dagbesteding buiten de hulpverlening), ...

Begeleiding: aanmelding (meldpunt waar men zich telefonisch, schriftelijk of persoonlijk kan aanmelden en waar een eerste screening van de problematiek plaatsvindt), oriëntatie (cliënt verwijzen naar een voor hem geschikte module), motivatie, laagdrempelige opvang (opvang en begeleiding waarbij weinig of geen voorwaarden gesteld worden), schadebeperking (initiatieven gericht op het beperken van de schade als gevolg van druggebruik), case management (opvolging en coördinatie van het hulpverleningstraject), thuisbegeleiding, ...

Nazorg: nazorg (verderzetten van de hulpverlening aansluitend bij een vroegere hulpverleningsinterventie), maatschappelijk herstel (ondersteunen van cliënten bij hun maatschappelijke reïntegratie, ...

Initiatieven gericht op ondersteuning van familie, tewerkstelling, financiële steun, e.a.: vorming en opleiding, gezins- en familiewerking (begeleiding en ondersteuning van het gezin en de naaste omgeving), huisvesting, tewerkstelling (begeleiding en opvolging van de tewerkstelling), vrijetijdsbesteding, materiële hulpverlening (verlenen van verschillende vormen van materiële en financiële steun), ...



Wettelijk depotnummer: D/2002/6030/6
V.U.: S. Ansoms, VAD, E. Tollenaerestraat 15, 1020 Brussel
Een uitgave van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen